

東御市国民健康保険 第3期保健事業実施計画 (データヘルス計画)

(第4期特定健康診査等実施計画)
令和6年度～令和11年度

令和6年2月27日
東御市国民健康保険

保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方1

1. 背景・目的
2. 計画の位置付けと基本的な考え方
3. 計画期間
4. 関係者が果たすべき役割と連携
 - 1) 市町村国保の役割
 - 2) 関係機関との連携
 - 3) 被保険者の役割
5. 保険者努力支援制度
6. 医療費適正化に向けた取り組み

第2章 第2期計画に係る考察及び第3期における健康課題の明確化12

1. 保険者の特性
2. 第2期計画に係る評価及び考察
 - 1) 第2期計画に係る評価
 - 2) 主な個別事業の評価と課題
 - 3) 第2期データヘルス計画に係る考察
3. 第3期における健康課題の明確化
 - 1) 健康課題の明確化
 - 2) 目標の設定
 - 3) 目標値の設定

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)33

1. 第4期特定健康診査等実施計画について
2. 目標値の設定
3. 対象者の見込み
4. 特定健診の実施
5. 特定保健指導の実施
6. 個人情報の保護
7. 結果の報告
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

第4章 課題解決するための個別保健事業40

1. 保健事業の方向性

2. 重症化予防の取組

1) 糖尿病性腎症重症化予防

2) 脳血管疾患重症化予防

3. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

4. 発症予防

5. ポピュレーションアプローチ

第5章 計画の評価・見直し57

1. 評価の時期

2. 評価方法・体制

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い58

1. 計画の公表・周知

2. 個人情報の取扱い

参考資料59

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

1. 背景・目的

平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略^{※1}」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「計画」の作成、公表、事業実施、評価等を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされました。平成26年3月、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針(平成16年7月30日厚生労働省告示第307号。以下「国指針」という。)において市町村国保は、健康・医療情報を活用してPDCAサイクル^{※2}に沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画(データヘルス計画)を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うことが求められています。

またその後、平成30年4月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、令和2年7月閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020(骨太方針2020)^{※3}」において、保険者のデータヘルスの計画の標準化等の取組みの推進が掲げられ、令和4年12月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画 改革行程表^{※4}2022」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を行うとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適正なKPIの設定を推進する。」と示されました。

このように、全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取組の推進や評価指標の設定の推進が進められています。

このような国の動きや本市の課題等を踏まえ、本市では、保健事業を引き続き実施するにあたり、国の指針に基づいて、「第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を策定します。

※1 日本再興戦略:我が国の経済再生に向けて、産業基盤の強化、医療・エネルギー等の市場創出、国際経済連携の推進や海外市場の獲得等、第二次安倍内閣が掲げた成長戦略のこと(H25.6閣議決定)

※2 PDCA サイクル:P(計画)→D(実施)→C(評価)→A(改善)を繰り返し行うこと

※3 経済財政運営と改革の基本方針:政府の経済財政政策に関する基本的な方針を示すとともに、経済、財政、行政、社会などの分野における改革の重要性とその方向性を示すもの

※4 新経済・財政再生計画 改革行程表:新経済・財政再生計画に掲げられた主要分野ごとの重要課題への対応とKPI(重要業績評価指標)、それぞれの政策目標とのつながりを明示することにより、目指す成果への道筋を示すもの

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

「第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)」(以下、「データヘルス計画」という。)とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものです。

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、都道府県健康増進計画や市町村健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、介護保険事業(支援)計画、高齢者保健事業の実施計画、国民健康保険運営方針、特定健康診査等実施計画と調和のとれたものとする必要があります。(図表1)

また、「特定健康診査等実施計画」は保健事業の中核をなす特定健診及び特定保健指導の具体的な実施方法を定めるものであることから、データヘルス計画と一体的に策定することします。ただし、データヘルス計画の対象者は、被保険者全員とします。

さらに、「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)^{※5}」(以下「プログラム」という。)は、高齢者の医療の確保に関する法律に基づく特定健診・特定保健指導を中心に、健康増進法に基づく生活習慣病対策を推進するための効果的な健診・保健指導を実施するにあたり、事務担当者を含め、健診・保健指導に関わる者が理解しておくべき基本的な考え方や実施する際の留意点等を示したものであることから、基本的な考え方については、プログラムに準じて保健事業を展開することが求められています。(図表2・3・4・5)

本市では、以上の事も踏まえ、国保データベース(KDB^{※6})を活用して特定健康診査の結果やレセプト、介護保険等のデータ分析を行い、優先的に取り組むべき健康課題を抽出した上で、生活習慣病の発症及び重症化予防に取り組み、国保加入者の健康の保持増進を図ることで、健康寿命の延伸、ひいては医療費適正化を目指します。

※5 標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)において中長期的な目標疾患は、脳血管疾患・心疾患、糖尿病合併症の減少を用いている。(図表2参照)

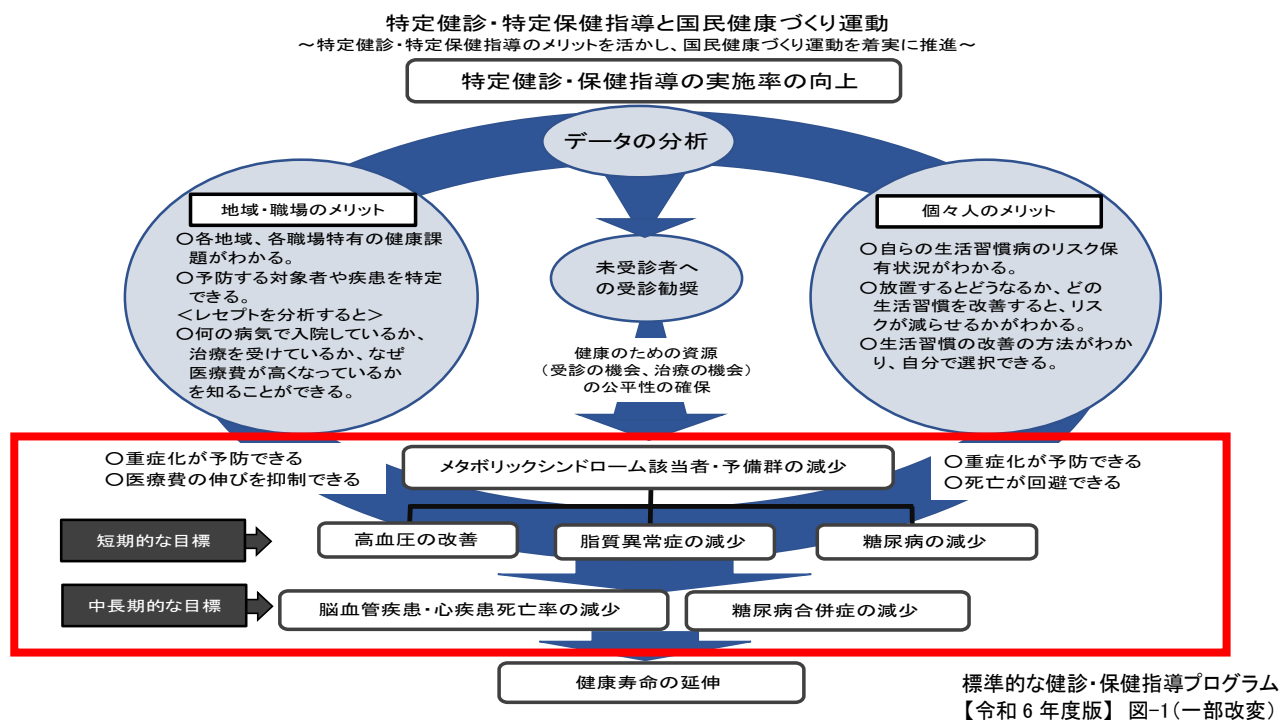
なお、心疾患には健康づくりにより予防可能でないものも含まれているため、予防可能な循環器病の発症を予防し、結果として心疾患全体の死亡率を減少させることを目指すことより、保健事業実施(データヘルス)計画においては、第2期同様虚血性心疾患を予防の対象疾患とする。また、糖尿病合併症である細小血管障害(網膜症、腎症、神経障害)、大血管障害のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい糖尿病腎症に着目することとする。

※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

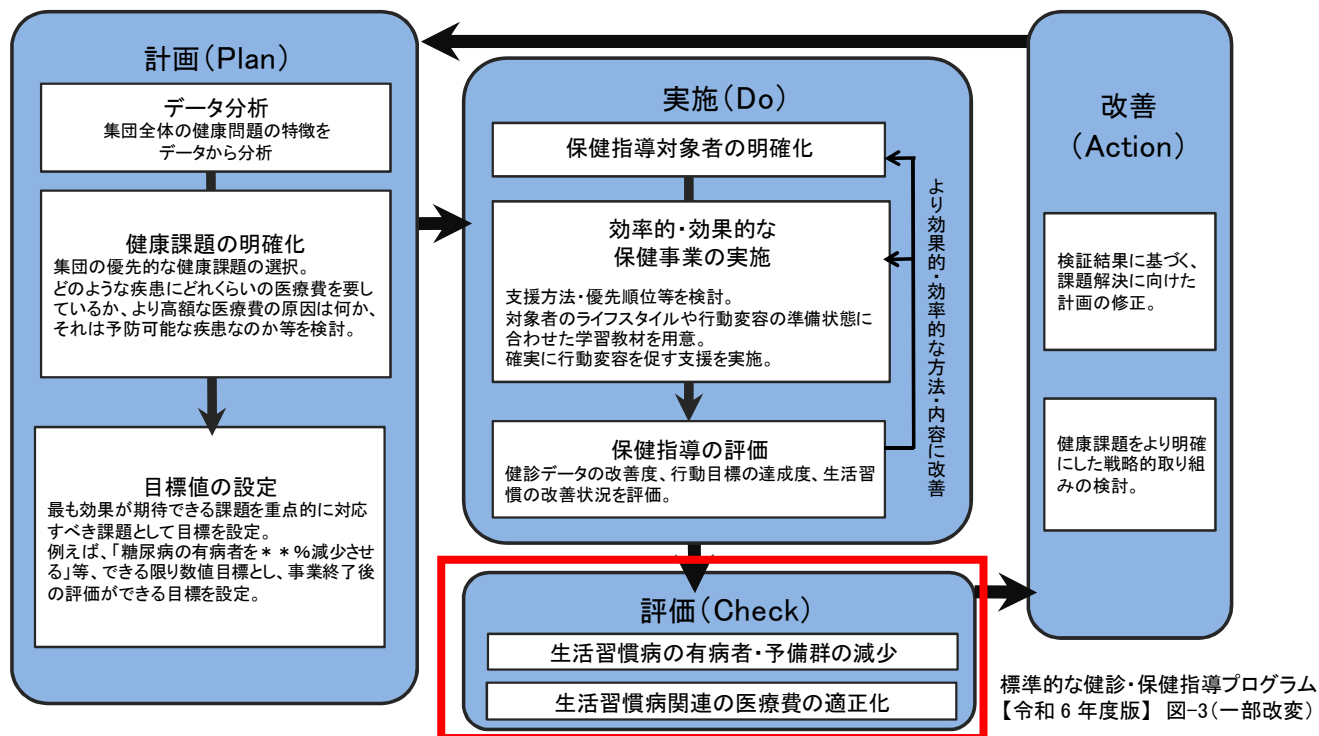
法定計画等の位置づけ						
	健康増進計画	※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村（母子保健法、介護保険法）、学校保健法		医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
		データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の適切かつ有効な実施を図る ための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給 付の円滑な実施を確保するた めの基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6～17年(12年) 2024～2035年	指針 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～8年(3年) 2024～2026年
計画 策定者	都道府県:義務 市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者:義務	都道府県:義務	都道府県:義務	市町村:義務 都道府県:義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかで心豊かに 生活できる持続可能な社会の実 現に向け、誰一人取り残さない健 康づくりの展開とより実効性を持 つ取組の推進を通じて、国民の健 康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的 に、健康・医療情報を活用しPDCA サイクルに沿った効果的かつ効率 的な保健事業の実施を図るための 保健事業実施計画を策定、保健事 業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条 件等の実情を考慮し、特定健康 診査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、 保険者・医療関係者等の協力を 得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向 けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療を効率的に提供する体制を 確保。	地域の実情に応じた介護給付 等サービス提供体制の確保 及び地域支援事業の計画的 な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・ 重度化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、青壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から老齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の青年期・壮年期 世代の生活習慣病の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりにも配慮		すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病(※) ※初老期の認知症、早老症、 骨折・骨粗鬆症、 パーキンソン病関連疾患、 他神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖 尿 病 糖尿病合併症 (糖尿病腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖 尿 病 糖尿病性腎症 高 血 圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖 尿 病 糖尿病性腎症 高 血 圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖 尿 病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳 卒 中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止 生活習慣病 虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) が ん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)				がん 精神疾患	認 知 症 フレイル 口腔機能、低栄養
評 価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の 維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備 ○ライフコース 1 こども、2 高齢者、3 女性	①事業全体の目標 中長期目標／短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標／短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 ＜アウトカム＞ メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 ＜アウトプット＞ 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効率的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定) 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用に する保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、 介護予防、日常生活支援 関連) ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、 人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費運動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図表2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



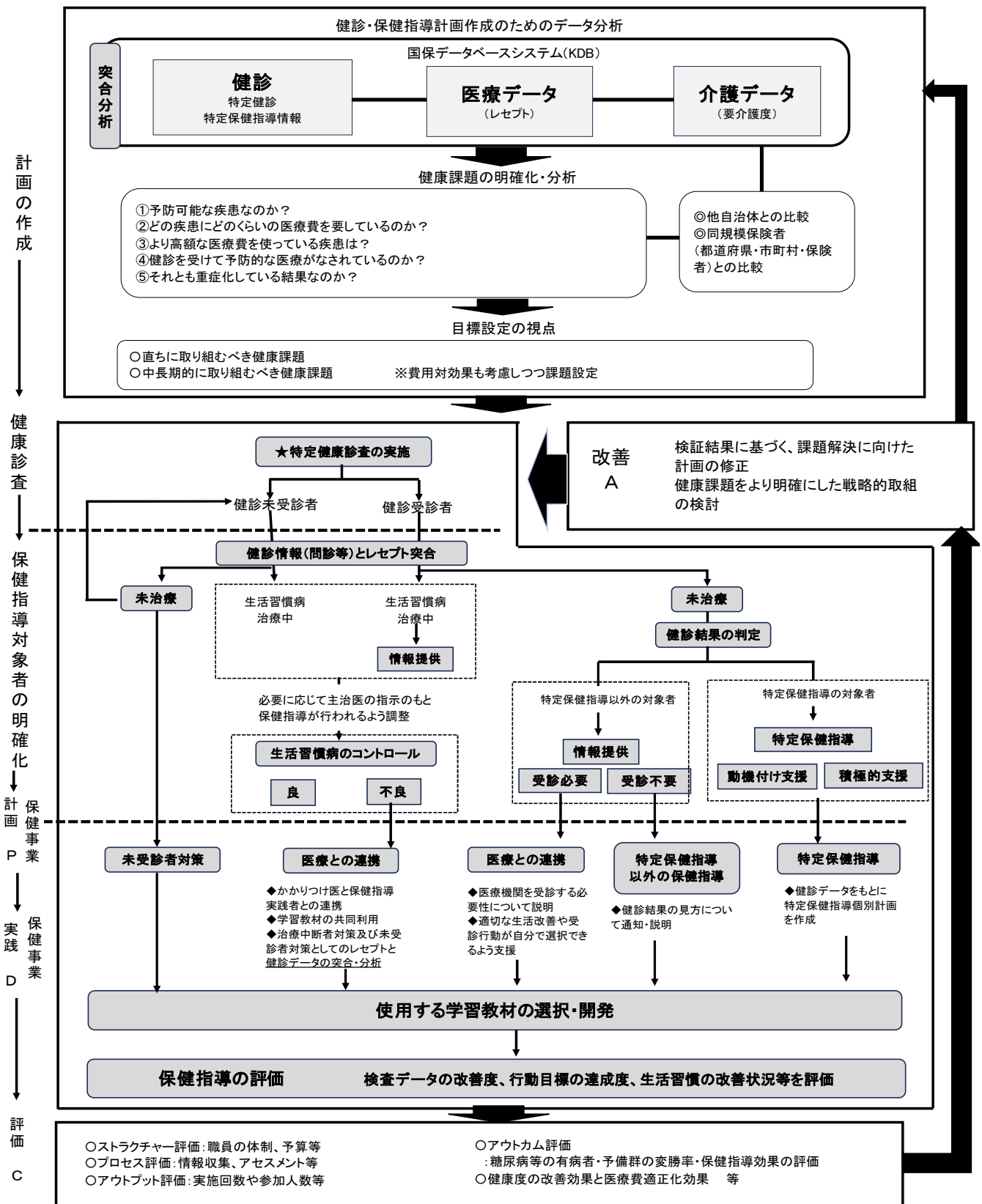
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的指標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



注)生活習慣病の有病者や予備群の減少を目的に、優先すべき健康課題を明確化しながらPDCA(計画(Plan)、実施(Do)、評価(Check)、改善(Actin))サイクルを意識した保健事業を展開していくことが必要である。

図表4 生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れ(一部改変)



標準的な健診・保健指導プログラム【R6年度版】、厚生労働省様式5-5参考

注)生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れ(イメージ)を具体的な実践の流れでまとめたもの。

図表5 標準的な健診・保健指導プログラム(H30 年度版)における基本的な考え方(一部改変)

	老人保健法		高齢者の医療を確保する法律
	かつての健診・保健指導		現在の健診・保健指導
健診・保健指導の関係	健診に付加した保健指導	最新の科学的知識と、課題抽出のための分析(生活習慣病に関するガイドライン)	内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診
特徴	事業中心の保健指導		結果を出す保健指導
目的	個別疾患の早期発見・早期治療		内臓脂肪の蓄積に着目した早期介入・行動変容 リスクの重複がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、生活習慣の改善につなげる保健指導を行う
内容	健診結果の伝達、理想的生活習慣に係る一般的な情報提供		自己選択 対象者が代謝等の身体メカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自ら選択し、実施する。
保健指導の対象者	健診結果で「要指導」と指摘され、健康教育等の保健事業に参加した者	行動変容を促す手法	健診受診者全員に対し情報提供、必要度に応じ、階層化された保健指導を提供 リスクに基づく優先順位をつけ、保健指導の必要性に応じて「情報提供」「動機付け支援」「積極的支援」を行う。
方法	一時点の健診結果のみに基づく保健指導 画一的な保健指導		健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導 データ分析等を通じて集団としての健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施 個人の健康結果を講み解くとともに、ライフスタイルを考慮した保健指導
評価	アウトプット(事業実施量)評価 実施回数や参加人数		アウトカム(結果)評価 糖尿病等の有病者・予備群の25%減少
実施主体	市町村		医療保険者

注)内臓脂肪の蓄積に着目した生活習慣病予防のための健診・保健指導の基本的な考えを整理。
(令和6年度版のプログラムからは削除されたが、基本的な考え方であるため参考までに掲示)

3. 計画期間

この計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

<参考> 計画期間の根拠について

データヘルス計画の期間については、国指針第5の5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」とされています。また、データヘルス計画策定の手引きにおいて、他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮しており、特定健康診査等実施計画、医療費適正化計画や医療計画が6年を一期としていることから、これらとの整合性を踏まえて設定しています。

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 市町村国保の役割

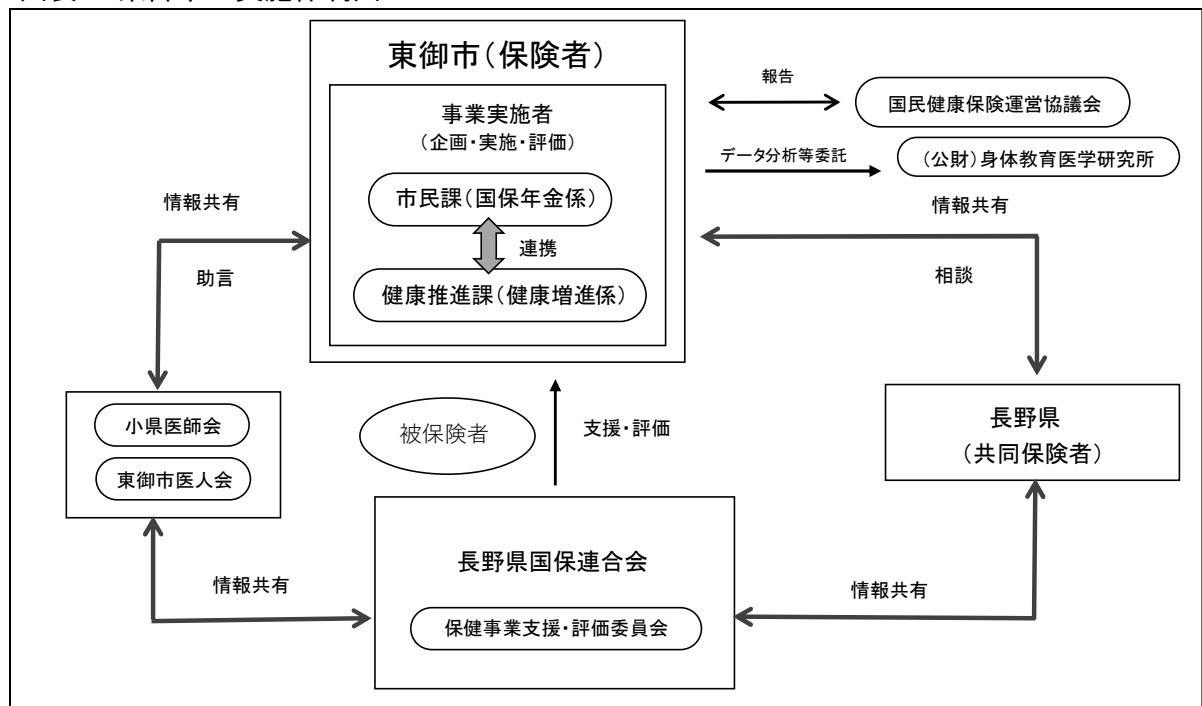
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局が中心となって、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、市町村一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な

保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映させます。

具体的には、高齢者医療部局・画部局（市民課国保年金係）、保健衛生部局（健康推進課健康増進係）、介護保険部局（福祉課高齢者係・地域包括支援係）、生活保護部局（福祉課福祉援護係）とも十分連携を図ることとします。

さらに、計画期間を通じて PDCA サイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者・チームの業務をマニュアル化する等により、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行う等の体制を整えます。（図表6・7）

図表6 東御市の実施体制図



図表7 保健事業体制と主な保健事業の分担

		統括	国保・事務連絡	高齢者一体的事業	特定健診・保健指導	がん検診	歯科保健	予防接種	母子保健	精神保健
健康推進課	課長	◎保健事業全般								
	保健地域医療係	係長	◎							
		事務					○	◎		○
		保健師			○			○	◎	◎
		管理栄養士			○				○	
		助産師							○	
	健康増進係	係長	◎							
		事務		◎		○				
		保健師			◎	◎	◎			
		管理栄養士			○	◎				

2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、計画の策定等において、関係機関との連携・協力が重要となります。

計画の策定等を進めるに当たっては、共同保険者である長野県のほか、長野県国民健康保険団体連合会（以下、「国保連」という。）や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、地域の医師会等、後期高齢者医療広域連合、健康保険組合等の他の医療保険者、地域の医療機関や大学等の社会資源等と連携、協力します。

実際の運営に関しては、国民健康保険運営協議会ははじめ、小県医師会、東御市医人会とも連携をはかっています。データ分析に関しては、（公財）身体教育医学研究所等と連携していきます。

また、長野県は市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから、特に市町村国保の保険者機能の強化については、都道府県の関与が更に重要となります。

さらに、保険者等と地区医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、長野県が長野県医師会等との連携を推進することが重要です。

国保連と長野県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努めます。

3) 被保険者の役割

本計画の最終的な目的は、被保険者の健康の保持増進にあることから、その実効性を高める上で、被保険者自身が健康の保持増進が大切であることを理解して、主体的、積極的に取り組むことが重要です。

5. 保険者努力支援制度

国民健康保険の保険者努力支援制度は、保険者における医療費適正化に向けた取組等に対する支援を行うため、保険者の取組状況に応じて交付金を交付する制度として平成 30 年度より本格的に実施されています。（図表 8）

令和 2 年度からは、予防・健康づくり事業の「事業費」に連動して配分する部分と合わせて交付することにより、保険者における予防・健康づくり事業の取組みを後押しする（事業費分・事業費連動分）保険者努力支援制度（事業費分）では、計画に基づく保健事業の実施及び計画策定に係る費用の一部に対して助成しており、また都道府県は、交付金（事業費連動分）を保険給付費に充当することができ、結果として被保険者の保険料負担の軽減及び国保財政の安定化に寄与することにもつながるため、今後も本制度等の積極的かつ効果的・効率的な活用が期待されています。

6. 医療費適正化に向けた取り組み

第一に保健事業である特定健診、特定保健指導を推進し、重症化予防に取り組むことで、医療費の抑制に繋がります。併せて、かかりつけ医を持つことの啓発、重複・頻回受診への指導及びジェネリック医薬品の使用促進により医療費の適正化を図ります。

図表8 保険者努力支援制度(評価指標:市町村分)

評価指標			令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点	
			東御市	配点	東御市	配点	東御市	配点
交付額(万円)								
全国順位(1,741市町村中)			1427位		1080位		240位	
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	20	70	70	70	95	70
		(2)特定保健指導実施率		70		70		70
		(3)メタリックシフトロム該当者・予備群の減少率		50		50		50
	②	(1)がん検診受診率等	18	40	23	40	22	40
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35
	③	発症予防・重症化予防の取組	90	120	120	120	100	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	90	90	50	45	65	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		15		20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	15	50	50	50	35	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組	10	130	5	130	100	130
		(2)後発医薬品の使用割合						
固有の指標	①	保険料(税)収納率	50	100	70	100	85	100
	②	データヘルス計画の実施状況	40	40	30	30	25	25
	③	医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15
	④	地域包括ケア・一体的実施	0	30	0	40	27	40
	⑤	第三者求償の取組	22	40	24	50	36	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	67	95	69	100	65	100
合計点			447	1,000	531	960	670	940

東御市国民健康保険 第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)の概要(令和6年度～11年度)



第2章 第2期データヘルス計画に係る考察及び

第3期データヘルス計画における健康課題の明確化

1. 保険者の特性

令和2年国勢調査では、本市は人口 30,105 人、高齢化率 31.0%となっています。国保被保険者の平均年齢は 55.3 歳であり県と比べると高く、出生率及び死亡率は県と同水準にあります。産業別就業者の割合は、他と比べると第1次、第2次産業に従事する者の割合が高く、第3次産業は低い状況にあります。就業者の半数以上は第3次産業に従事しており、生活習慣及び生活リズムが不規則になりがちなサービス業の割合が多いため、若い年代の健康課題を明確にすることが重要です。(図表9)

国保加入率は 21.0%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向にあり、年齢構成については 65～74 歳の前期高齢者が概ね 1/2 を占めています。(図表 10)

また、本市の医療機関数、病床数、医師数はいずれも同規模と比較して少なく、医療資源に乏しい地域状況がうかがえますが、外来患者数及び入院患者数は県とほぼ同じ水準にあり、医療需要に対して必要な医療サービスの提供体制はある程度確保されているものと考えられます。(図表 11)

図表9 同規模・県・国と比較した東御市の特性

	人口 (人)	高齢化率 (%)	被保険者 数 (加入率)	被保険者 平均年齢 (歳)	出生率 (人口千 対)	死亡率 (人口千 対)	財政 指数	産業別就業者(%)		
								第1次 産業	第2次 産業	第3次 産業
東御市	30,105	31.0	6,307 (21.0)	55.3	6.4	12.2	0.5	12.0	32.7	55.3
同規模	--	36.2	22.4	56.1	5.5	15.1	0.5	10.7	27.3	62.0
県	--	32.2	22.1	53.8	6.4	12.7	0.5	9.3	29.2	61.6
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典：KDBシステム・健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

※同規模とは、KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、東御市と同規模保険者(280市町村)の平均値を表す

図表 10 国保の加入状況

	H30年度		R元年度		R2年度		R3年度		R4年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	7,014		6,841		6,802		6,609		6,307	
65～74歳	3,294	47.0	3,251	47.5	3,343	49.1	3,243	49.1	3,064	48.6
40～64歳	2,216	31.6	2,127	31.1	2,043	30.0	2,013	30.5	1,954	31.0
39歳以下	1,504	21.4	1,463	21.4	1,416	20.8	1,353	20.5	1,289	20.4
加入率	23.3		22.7		22.6		22.0		21.0	

出典：KDB システム・人口及び被保険者の状況・健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 11 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R元年度		R2年度		R3年度		R4年度		参考(R4年度)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模 割合	県 割合
病院数	2	0.3	2	0.3	2	0.3	2	0.3	2	0.3	0.4	0.3
診療所数	15	2.1	15	2.2	14	2.1	14	2.1	12	1.9	3.5	3.5
病床数	161	23.0	161	23.5	161	23.7	161	24.4	161	25.5	67.7	52.2
医師数	32	4.6	32	4.7	31	4.6	31	4.7	31	4.9	9.7	11.8
外来患者数	686.5		694.6		650.5		675.2		691.1		728.3	691.5
入院患者数	18.9		18.9		17.5		19.7		17.4		23.6	17.6

出典：KDB システム・地域の全体像の把握

2. 第2期データヘルス計画に係る評価及び考察

1) 第2期データヘルス計画に係る評価

第2期データヘルス計画において、目標の設定を以下の2つに分類しました。

1つ目は中長期的な目標として、計画最終年度までに達成を目指す目標を設定し、具体的には、社会保障費(医療費・介護費)の変化及び脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症(人工透析)を設定しました。

2つ目は短期的な目標として、年度ごとに中長期的な目標を達成するために必要な目標疾患として、メタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病、脂質異常症を設定しました。(図表2参照)

(1) 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

① 介護給付費の状況

本市の令和4年度の要介護認定者は、2号(40～64歳)被保険者で24人(認定率0.24%)、1号(65歳以上)被保険者で1,703人(認定率18.2%)と同規模・国と比較すると低く、平成30年度と比べて1号認定者は増加しています。(図表12)

団塊の世代が後期高齢者医療へ移行するにあたり、75歳以上の認定者数が増加しており、介護給付費は、約25億円から約27億円に伸びています。(図表13)

また、要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)が上位を占めており、第2号被保険者で5割以上、第1号被保険者でも約5割以上の有病状況となっています。その基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢で約9割と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は、介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表14)

図表12 要介護認定者(率)の状況

	東御市				同規模	県	国
	H30年度		R4年度		R4年度	R4年度	R4年度
高齢化率	8,705人	28.9%	9,333人	31.0%	36.2%	32.2%	28.7%
2号認定者	25人	0.25%	24人	0.24%	0.37%	0.28%	0.38%
新規認定者			5人		--	--	--
1号認定者	1,473人	16.9%	1,703人	18.2%	19.1%	17.7%	19.4%
新規認定者	152人		227人		--	--	--
再掲	65～74歳	143人	3.3%	152人	3.3%	--	--
	新規認定者	2人		34人		--	--
	75歳以上	1,330人	30.5%	1,551人	33.0%	--	--
	新規認定者	150人		193人		--	--

出典: KDB システム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 13 介護給付費の変化

	東御市		同規模	県	国
	H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
総給付費	24億9753万円	26億8018万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	286,908	287,173	300,230	288,366	290,668
1件あたり給付費(円)全体	68,666	65,681	70,503	62,434	59,662
居宅サービス	43,134	40,238	43,936	40,752	41,272
施設サービス	288,425	291,382	291,914	287,007	296,364

出典:KDB システム・健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 14 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(R4年度)

受給者区分				2号		1号				合計			
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計					
介護件数(全体)				24		152		1,551		1,703		1,727	
再)国保・後期				16		125		1,494		1,619		1,635	
(レセプトの診断名より重複して計上) 有病状況	疾患		順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
	循環器疾患	1	脳卒中	9 56.3%	脳卒中	57 45.6%	脳卒中	784 52.5%	脳卒中	841 51.9%	脳卒中	850 52.0%	
		2	腎不全	2 12.5%	虚血性心疾患	30 24.0%	虚血性心疾患	587 39.3%	虚血性心疾患	617 38.1%	虚血性心疾患	618 37.8%	
		3	虚血性心疾患	1 6.3%	腎不全	18 14.4%	腎不全	262 17.5%	腎不全	280 17.3%	腎不全	282 17.2%	
	合併症	4	糖尿病合併症	4 25.0%	糖尿病合併症	16 12.8%	糖尿病合併症	194 13.0%	糖尿病合併症	210 13.0%	糖尿病合併症	214 13.1%	
			基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		14 87.5%	基礎疾患	116 92.8%	基礎疾患	1,421 95.1%	基礎疾患	1,537 94.9%	基礎疾患	1,551 94.9%
	血管疾患合計			14 87.5%	合計	120 96.0%	合計	1,444 96.7%	合計	1,564 96.6%	合計	1,578 96.5%	
	認知症			認知症	1 6.3%	認知症	32 25.6%	認知症	812 54.4%	認知症	844 52.1%	認知症	845 51.7%
	筋・骨格疾患			筋骨格系	13 81.3%	筋骨格系	114 91.2%	筋骨格系	1,463 97.9%	筋骨格系	1,577 97.4%	筋骨格系	1,590 97.2%

出典:ヘルスサポートラボツール

② 医療費の状況

本市の医療費は、国保加入者の減少に伴い、総医療費も減少していますが、一人あたり医療費は、平成 30 年度と比較すると約1万円伸びています。しかし、同規模保険者、県、国と比較すると低い推移を保っています。地域差指数でみると入院は全国平均の1を下回っていますが、外来は1を上回っています。(図表 15・16)

しかし、入院医療費は、全体のレセプトのわずか3%程度にとどまっているにも関わらず、医療費全体の約 36%を占めており、1 件あたりの入院医療費も H30 年度と比較すると6万円高くなっていることから、重症化して入院することで、入院時の医療費が高くなることが考えられます。

入院を抑制し、重症化を防ぐには予防可能な生活習慣病の重症化予防が重要であり、引き続き重症化予防の取り組みに力を入れる必要があります。

図表 15 医療費の推移

		東御市		同規模	県	国
		H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
被保険者数(人)		7,014人	6,307人	--	--	--
前期高齢者割合		3,294人 (47.0%)	3,064人 (48.6%)	--	--	--
総医療費		22億5661万円	20億9454万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		321,730 県内37位 同規模225位	332,097 県内50位 同規模263位	394,521	339,076	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	501,640	559,330	585,610	607,840	617,950
	費用の割合	36.1	36.1	43.3	38.9	39.6
	件数の割合	2.7	2.5	3.1	2.5	2.5
外来	1件あたり費用額(円)	24,460	24,940	24,850	24,340	24,220
	費用の割合	63.9	63.9	56.7	61.1	60.4
	件数の割合	97.3	97.5	96.9	97.5	97.5
受診率		705.424	708.57	751.942	709.111	705.439

同規模順位は、東御市と同規模保険者 280 市町村の平均値を表す

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 16 一人あたり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度		国民健康保険			後期高齢者医療		
		東御市 (県内市町村中)		県 (47県中)	東御市 (県内市町村中)		県 (47県中)
		H30年度	R2年度	R2年度	H30年度	R2年度	R2年度
地域差指数・順位	全体	0.951	0.931	0.959	0.863	0.926	0.895
		(26位)	(38位)	(38位)	(35位)	(11位)	(38位)
	入院	0.868	0.811	0.954	0.785	0.858	0.873
		(49位)	(55位)	(36位)	(48位)	(36位)	(33位)
	外来	1.024	1.024	0.968	0.967	1.015	0.924
		(6位)	(8位)	(38位)	(7位)	(5位)	(39位)

出典：厚労省「地域差分析」

③ 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費合計が、総医療費に占める割合については、H30 年度と比較すると増加し、特に脳血管疾患については、H30 年度より約1ポイント以上も上昇しており、同規模、県よりも高くなっています。(図表 17)

次に患者数の視点で、中長期目標疾患の治療状況を H30 年度と比較してみると、脳血管疾患、虚血性心疾患・人工透析が、患者数及び割合ともに減少しています。(図表 18)

脳血管疾患は発症時の急性期のみならず、リハビリ等による慢性期総医療費、また退院後の介護費がかかるなど、患者本人や家族に長期にわたって日常生活に大きな負担を強いる疾患であるため、その原因となる高血圧、糖尿病等の生活習慣の発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えます。

図表 17 中長期目標疾患の医療費の推移

			東御市		同規模	県	国
			H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
総医療費(円)			22億5661万円	20億9454万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			1億4228万円	1億6613万円	--	--	--
			6.30%	7.93%	7.84%	7.88%	8.03%
中 長 期 目 標 疾 患	脳	脳梗塞・脳出血	1.67%	2.92%	2.10%	2.15%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	0.98%	0.99%	1.39%	1.22%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	3.44%	3.83%	4.05%	4.29%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.22%	0.19%	0.30%	0.22%	0.29%
そ の 他 の 疾 患	悪性新生物		16.93%	13.38%	16.91%	16.43%	16.69%
	筋・骨疾患		8.77%	8.72%	9.00%	9.18%	8.68%
	精神疾患		9.13%	10.77%	8.74%	8.45%	7.63%

注)最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

(最大医療資源傷病名とは、レセプトに記載された傷病名のうち、最も医療費を要した傷病名)

注)KDB システムでは糖尿病性腎症での医療費額が算出できないため、慢性腎不全(透析有無)を計上。

出典:KDB システム_健診・医療・介護からみる地域の健康課題

図表 18 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患						
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析	
		H30年度	R4年度		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度
治療者(人) 0～74歳	A	7,014	6,307	a	515	452	441	385	30	24
				a/A	7.3%	7.2%	6.3%	6.1%	0.4%	0.4%
40歳以上	B	5,510	5,018	b	515	448	436	380	29	22
	B/A	78.6%	79.6%	b/B	9.3%	8.9%	7.9%	7.6%	0.5%	0.4%
再掲 40～64歳	C	2,216	1,954	c	109	73	100	84	15	14
	C/A	31.6%	31.0%	c/C	4.9%	3.7%	4.5%	4.3%	0.7%	0.7%
	D	3,294	3,064	d	406	375	336	296	14	8
	D/A	47.0%	48.6%	d/D	12.3%	12.2%	10.2%	9.7%	0.4%	0.3%

(2) 短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

① 短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、治療者の割合は増えている一方で、合併症(重症化)でもある脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析の割合は減っています。

本市は特定健診の結果から、治療が必要な値の方に対して、医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施しており、重症化しないうちに適切な治療を受けるなどの自己管理が重症化予防につながっていると考えられます。

図表 19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲			
				40～64歳		65～74歳	
		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度
高血圧症治療者(人)	A	2,174	2,133	564	504	1,610	1,629
	A/被保数	39.5%	42.5%	25.5%	25.8%	48.9%	53.2%
(中長期目標疾患)合併症	脳血管疾患	B	264	242	47	36	217
		B/A	12.1%	11.3%	8.3%	7.1%	13.5%
	虚血性心疾患	C	309	281	71	64	238
		C/A	14.2%	13.2%	12.6%	12.7%	14.8%
	人工透析	D	28	22	15	14	13
		D/A	1.3%	1.0%	2.7%	2.8%	0.8%

出典: KDB システム 疾病管理一覧(高血圧症)
介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

図表 20 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲			
				40～64歳		65～74歳	
		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度
糖尿病治療者(人)	A	1,176	1,088	308	286	868	802
	A/被保数	21.3%	21.7%	13.9%	14.6%	26.4%	26.2%
(中長期目標疾患)合併症	脳血管疾患	B	140	113	23	17	117
		B/A	11.9%	10.4%	7.5%	5.9%	13.5%
	虚血性心疾患	C	179	150	41	35	138
		C/A	15.2%	13.8%	13.3%	12.2%	15.9%
	人工透析	D	16	10	8	9	8
		D/A	1.4%	0.9%	2.6%	3.1%	0.9%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	161	128	38	33	123
		E/A	13.7%	11.8%	12.3%	11.5%	14.2%
	糖尿病性網膜症	F	247	187	73	56	174
		F/A	21.0%	17.2%	23.7%	19.6%	20.0%
	糖尿病性神経障害	G	52	34	18	11	34
		G/A	4.4%	3.1%	5.8%	3.8%	3.9%

出典: KDB システム 疾病管理一覧(糖尿病)
介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

図表 21 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲			
				40～64歳		65～74歳	
		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度
脂質異常症治療者(人)	A	1,925	1,944	513	487	1,412	1,457
	A/被保数	34.9%	38.7%	23.1%	24.9%	42.9%	47.6%
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	233	215	44	31	189
		B/A	12.1%	11.1%	8.6%	6.4%	13.4%
	虚血性心疾患	C	277	268	70	55	207
		C/A	14.4%	13.8%	13.6%	11.3%	14.7%
	人工透析	D	18	11	9	7	9
		D/A	0.9%	0.6%	1.8%	1.4%	0.6%

出典: KDB システム 疾病管理一覧(脂質異常症)
介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

②高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0 以上を平成 30 年度と令和3年度で比較してみたところ、有所見者の割合が伸びてきています。また未治療者について健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されている方が高血圧で約 43%、糖尿病で 6.6%ほどおり、その割合は 448 市町村と比較して高血圧は高く、糖尿病は横ばいとなっています。(図表 22)

前述した通り、基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の合併症の割合は減ってきていますが、生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の受診率向上を図りつつ、今後也要医療域の方には受診勧奨を徹底し、重症化を予防することが重要であると考えます。

図表 22 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧__Ⅱ度以上高血圧											
					Ⅱ度以上高血圧の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R3年度		H30年度		問診結果 未治療 (内服なし)		R3年度		問診結果 未治療 (内服なし)		レセプト情報 (R3.4～R4.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率									未治療		治療中断	
	C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E				
東御市	2,386	42.1	2,096	38.9	145	6.1	87	60.0	136	6.5	79	58.1	59	43.4	1	0.7
448市町村 合計	1,362,582	39.0	1,216,343	36.9	73,619	5.4	42,432	57.6	74,105	6.1	43,019	58.1	26,617	35.9	3,693	5.0

	健診受診率				糖尿病__HbA1c7.0以上の推移											
					HbA1c7.0%以上の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R3年度		H30年度		問診結果		R3年度		問診結果		レセプト情報 (R3.4～R4.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率			未治療 (内服なし)				未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
	I	I/実施 者A	J	J/I	K	K/実施 者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K				
東御市	2,337	97.9	2,039	97.3	85	3.6	24	28.2	91	4.5	21	23.1	6	6.6	2	2.2
448市町村 合計	1,344,224	98.7	1,207,146	99.2	63,812	4.7	17,755	27.8	61,826	5.1	16,349	26.4	4,064	6.6	1,905	3.1

③健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームとは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が、軽度であっても重複している病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。本市の特定健診結果において、平成30年度と令和4年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は、3ポイントも伸びており、その中でも3項目すべての危険因子が重なっている割合が増加しています。

また重症化予防の観点から、有所見割合を見ると、HbA1c6.5以上は横ばい、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160以上は微増しているものの、翌年度の結果を見ると、全て改善率が上がってきています。一方で、翌年度健診を受診していない方がいずれも2～3割程度存在し、結果の把握ができていません。今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めると共に、年度当初に重症化予防対象者へ継続受診を勧める働きかけを行っていきます。

図表 23 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	3項目		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	2,386 (42.1%)	443 (18.6%)	154 (6.5%)	289 (12.1%)	285 (11.9%)
R4年度	2,062 (38.6%)	433 (21.0%)	148 (7.2%)	285 (13.8%)	214 (10.4%)

出典：ヘルスサポートラボツール
(特定健診結果)

図表 24 HbA1c6.5 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R元	203 (8.7%)	39 (19.2%)	73 (36.0%)	24 (11.8%)	67 (33.0%)
R3→R4	166 (8.1%)	35 (21.1%)	63 (38.0%)	19 (11.4%)	49 (29.5%)

出典：ヘルスサポートラボツール
(特定健診結果)

図表 25 Ⅱ度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	Ⅱ度高血圧 以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R元	145 (6.1%)	59 (40.7%)	21 (14.5%)	6 (4.1%)	59 (40.7%)
R3→R4	136 (6.5%)	61 (44.9%)	39 (28.7%)	4 (2.9%)	32 (23.5%)

出典：ヘルスサポートラボツール
(特定健診結果)

図表 26 LDL160 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R元	253 (10.6%)	97 (38.3%)	58 (22.9%)	23 (9.1%)	75 (29.6%)
R3→R4	242 (11.5%)	104 (43.0%)	64 (26.4%)	14 (5.8%)	60 (24.8%)

出典：ヘルスサポートラボツール
(特定健診結果)

④健診受診率及び保健指導実施率の推移

本市の特定健診受診率は、平成 30 年度には 46.1%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で、令和元年度以降は受診率が低迷しており、第3期特定健康診査等実施計画の目標は達成できていません。(図表 27)また、これまで早期からの生活習慣病対策を目的に、40 歳未満の若年者向けの健診も実施してきましたが、特定健診の年代別の受診率では、40～50 代は特に低い状況が続いています。(図表 28)

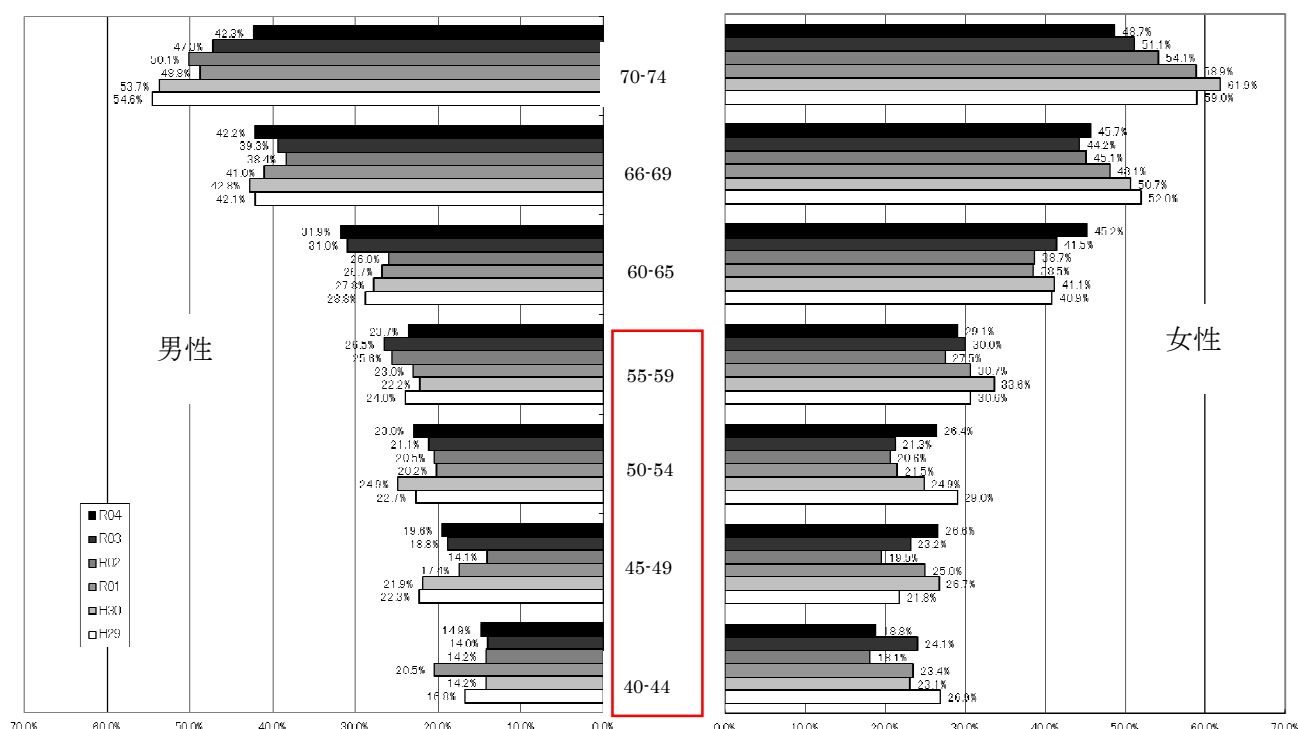
特定保健指導の実施率はやや増加傾向です。生活習慣病は自覚症状がないため、引き続き健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

図表 27 年代別特定健診受診率の推移

		H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度 目標値
特定健診	受診者数	2,331	2,142	2,001	2,044	1,985	健診受診率 50%以上
	受診率	46.1%	43.7%	40.8%	42.6%	43.9%	
特定 保健指導	該当者数	326	272	224	225	207	特定 保健指導 実施率 66.3%以上
	割合	14.0%	12.7%	11.2%	11.0%	10.4%	
	実施者数	173	164	135	133	130	
	実施率	53.1%	60.3%	60.3%	59.1%	62.8%	

出典：特定健診法定報告データ

図表 28 特定健診・特定保健指導の推移



出典：ヘルスサポートラボツール

2) 主な個別事業の評価と課題

(1) 重症化予防の取組み

① 糖尿病性腎症重症化予防

糖尿病性腎症予防プログラムに沿って平成 28 年度以降、健診結果が HbA1c6.5%以上者の台帳を作成し、最新値 HbA1c7.0%以上者かつ e-GFR60 未満者に訪問、電話等で糖尿病の治療状況を確認する等保健指導を実施しました。

平成 28 年度以降、糖尿病性腎症重症化予防の対象者の台帳が令和2年度までの積算となっており、データ数が多く、対象者が不明瞭でした。そのため、対象者を明確化するために令和3年度から過去5年間で健診受診歴がある者の中から、上記条件に当てはまる者を対象者として保健指導を実施しています。

HbA1c の改善率は4割程度となっており、単年ではなく、経年で継続的に対象者にアプローチすることで HbA1c の改善・維持につながっています。

ただ、未治療者が毎年5人前後いるため、引き続き、受診勧奨をするとともに、医療・福祉と連携をしながら保健指導を行います。

図表 29 糖尿病性腎症重症化予防の対象者と保健指導実施状況

		H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度
対象者	人(a)	419	363	324	139	103
保健指導実施者数	人(b)	137	179	189	87	93
	(b/a)	32.7%	49.3%	58.3%	62.6%	90.3%
	HbA1c改善率	人(c)	101	80	48	40
		(c/b)	73.7%	44.7%	25.4%	46.0%
	未治療率	人(c)	9	5	8	2
		(c/b)	6.6%	2.8%	4.2%	2.3%

※令和2年度までは平成 23 年度からの積算を対象者としていましたが、令和3年度から過去5年分の特定健診受診者の中で抽出を行っています。

② 脳血管疾患重症化予防

健診受診者のうち、Ⅱ度以上高血圧の者は平成 30 年と比較すると、増加傾向です。対象者の現状と治療状況について訪問や電話等で保健指導を行っています。さらに、令和4年度より高血圧台帳を作成し、改善率を算出し、効果的に保健指導を実施しています。

図表 30 虚血性心疾患重症化予防の対象者(Ⅱ度以上高血圧者)と保健指導実施状況

		H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度
対象者	人(a)	74	77	49	44	96
保健指導実施者数	人(b)	33	30	15	8	51
	(b/a)	44.5%	39.0%	30.6%	18.2%	53.1%
	血圧改善率	人(c)	—	—	—	23
		(c/b)	—	—	—	45.1%

(2) ポピュレーションアプローチ

標準的な健診・保健指導(令和6年度版)によると、「保健指導は、健診結果及び質問票に基づき、個人の生活習慣を改善するための支援が行われるものであるが、個人の生活は家庭、職場、地域で営まれており、生活習慣は生活環境、風習、職業等の社会的要因や経済的要因に影響されることも大きい。」とされています。

東御市においては、生涯を通じた健康づくりの取組として、一人ひとりの市民が、自分の住む地域の実情を知り、納得した上で健診を受け、健診結果から生活習慣の改善に向けた実践ができるよう支援していきます。

取り組み内容としては、令和3年度、4年度は健康づくり推進委員会や出前講座で食品や調味料に含まれる塩分の学習会を集中的に実施してきました。また、地区の健康状況の分析から現状と課題の把握ができるよう5地区別で健康づくり推進員と地域づくりの会と共催で学習会を開催しました。

(3) 目標の達成状況

図表 31 評価項目

評価区分	記号
目標値に達した	A
目標値に達していないが改善傾向にある	B
変わらない	C
悪化している	D

まず、①短期的な目標:特定健診検査項目について、危険因子の減少のため、数値の改善を目指す。②中長期的な目標:虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病性腎症の減少を目指す。として設定しました。

第2期データヘルス計画評価項目の評価

① 短期的な目標:特定健診の検査項目について、危険因子の減少ため、数値の改善を目指す。

図表 32 第2期データヘルス計画目標管理一覧(短期的な目標)

評価項目	第2期計画現状値 (H29 年度)	第2期計画中間 評価値(R2年度)	目標値	評価値 (R5年度)	評価	備考
特定健診受診率	44.5% (H28 年度法定報告)	43.7% (令和元年度法定報告)	50%以上	43.9% (令和4年度法定報告)	C	市総合計画 に基づく
特定保健指導 実施率	65.0% (H28 年度法定報告)	60.3% (令和元年度法定報告)	66.3%以上	62.8% (令和4 年度法定報告)	C	市総合計画 に基づく
メボリックシンドローム 該当者の割合	該当者 19.0%(451 人) 男性:28.2% 女性:11.4% (H28 年度法定報告)	該当者 20.6%(429 人) 男性:30.8% 女性:11.7% (令和元年度法定報告)	男性:30%以下 女性:10%以下	該当者 21.1%(418 人) 男性:33.3% 女性:11.1% (令和4年度法定報告)	C	
メボリックシンドローム 予備群の割合	該当者 11.2%(226 人) 男性:18.3% 女性:5.3% (H28 年度法定報告)	該当者 11.5%(246 人) 男性:18.2% 女性:6.3% (令和元年度法定報告)	男性:15%以下 女性:6%以下	該当者 10.3%(204 人) 男性:15.9% 女性:5.7% (令和4年度法定報告)	A	
Ⅱ度高血圧以上 の者の割合	3.5%(83 人) 男性:4.0% 女性:3.1% (H28 年度法定報告)	6.5%(139 人) 男性:7.2% 女性:6.0% (令和元年度法定報告)	男性:4.3%以下 女性:2.9%以下	7.4%(147 人) 男性:6.8% 女性:7.9% (令和4年度法定報告)	D	
HbA1c 値 8.4%以上 の者の割合	0.8%(19 人) 男性:0.9% 女性:0.7% (H28 年度法定報告)	0.7%(15 人) 男性:0.7% 女性:0.6% (令和元年度法定報告)	男性 1.3%以下 女性:0.5%以下	0.8%(16 人) 男性:1.1% 女性:0.4% (令和3年度法定報告*)	A	
HbA1c 値 6.5%以上 の者の割合	9.8%(233 人) 男性:12.8% 女性:7.3% (H28 年度法定報告)	9.1%(194 人) 男性:12.0% 女性:6.8% (令和元年度法定報告)	男性 12.0%以下 女性:5.0%以下	7.9%(162 人) 男性:11.1% 女性:5.3% (令和3年度法定報告*)	A	
HbA1c 値 5.6%以上 の者の割合	74%(1,757 人) 男性:74.5% 女性:73.6% (H28 年度法定報告)	62.1%(1,330 人) 男性:65.3% 女性:59.6% (令和元年度法定報告)	減少	59.3%(1,179 人) 男性:63.6% 女性:55.7% (令和3年度法定報告*)	A	
LDL コレステロール 160 mg/dL 以上 の者の割合	9.4%(222 人) 男性:6.5% 女性:11.7% (H28 年度法定報告)	11.3%(242 人) 男性:8.7% 女性:13.3% (令和元年度法定報告)	減少	11.6%(237 人) 男性:9.8% 女性:13.1% (令和3年度法定報告*)	C	

* 令和4年度法定報告確定値が現時点(6.1.22)未算出のため令和3年度法定報告値となります。

② 中長期的な目標:虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病性腎症の減少を目指す。

図表 33 第2期データヘルス計画目標管理一覧(中長期的な目標)

評価項目	第2期計画現状値 (H29 年度)	目標値	評価値 (R5年度)	評価	備考
65 歳未満の死亡者の うち、脳血管疾患・心 疾患による死亡者の 割合	21.9% 男性 25.8% 女性 13.9% (平成 26 年～平成 28 年の平均)	男性 22%以下 女性 19%以下	10.9% 男性 12.7% 女性 7.9% (令和元年～令和4年の平均)	A	死亡者の割合 の平均 (保健衛生 65 歳未満死亡者)
糖尿病性腎症による 新規人工透析者数	2.0 人 (平成 26 年～平成 28 年の平均)	2.0 人以下	2.5 人 (令和元年～令和4年の平均)	C	福祉課福祉支 援係保障がい 者手帳取得者 のうち平均人数

3)第2期データヘルス計画に係る考察

【考察】

短期的な目標における特定健診受診率は新型コロナウイルス感染症の影響もあり、令和2年度に受診控えにより大幅に減少しました。最終評価年度の令和4年度でも感染症分類は依然として2類のままであり、受診控えの影響により、受診率は低迷したままでした。また、特定保健指導実施率も目標達成ができませんでした。新型コロナ感染症の影響で集団での結果返却が難しく、個別の対応を行いました。対面での保健指導が難しい場合もありました。しかし、集団で保健指導を行うより、個別での保健指導を行うことでより市民の生活に即した保健指導を実施することができました。

メタボリックシンドローム該当者は増加しました。新型コロナウイルス感染症の影響で生活習慣が変化した方も多く、外出を控える方も多かったことが考えられます。

健診後の結果報告会のときに運動支援を行っていましたが、特定健診受診前から運動を行うきっかけになるように令和3年度から運動支援に参加できる体制を整えました。

Ⅱ度高血圧以上の割合は、男性は約2%、女性は約4%と目標を上回り、目標達成には至りませんでした。令和4年度、5年度は健康課題を高血圧として、地区健康づくり推進員の学習会では5地区で高血圧による脳・心臓への影響や減塩食品の紹介を行い、ポピュレーションアプローチを行いました。また、令和4年度より該当者リストアップした高血圧台帳を作成し、ハイリスクアプローチとして保健指導を実施しました。

また、LDL コレステロール 160mg/dL 以上の割合も約2%増加しました。

評価が A であるものは、メタボリックシンドローム予備群、HbA1c8.4%、6.5%、5.6%以上の割合でいずれも改善しており、スタッフによる保健指導や医療への受診勧奨が効果として表れています。

中長期的な目標においては、65 歳未満死亡者のうち脳血管疾患・心疾患による死亡者割合は男性、女性ともに減少しました。しかし、糖尿病性腎症による新規人口透析者数については微増し 0.5 人の増加となりました。

保健指導スタッフと医療との連携により、効果が表れるよう、引き続き保健指導に力を入れていきます。

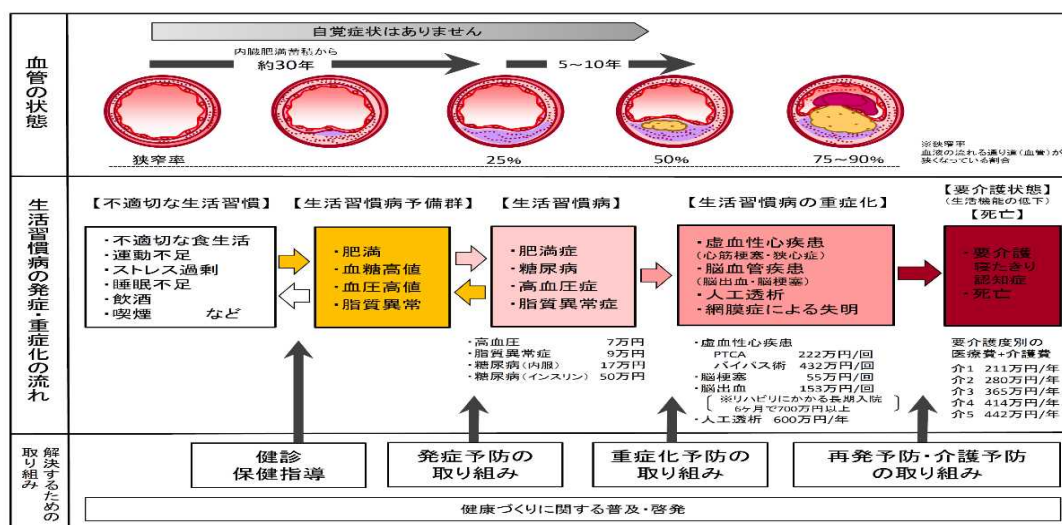
3. 第3期データヘルス計画における健康課題の明確化

1) 健康課題の明確化

(1) 基本的考え方

生活習慣病の有病者や予備群を減少させるためには、不適切な生活習慣の蓄積による、生活習慣病の予備群、生活習慣病の発症・進行、さらには重症化・合併症への悪化を減少させること、あるいは、生活習慣病から予備群、更には健康な状態へ改善させることが必要となります。

図表 34 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ
生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



(2) 健康課題の明確化

医療保険制度においては、75歳に到達し後期高齢者となると、それまで加入していた国民健康保険制度等から、後期高齢者医療制度の被保険者に異動することになります。

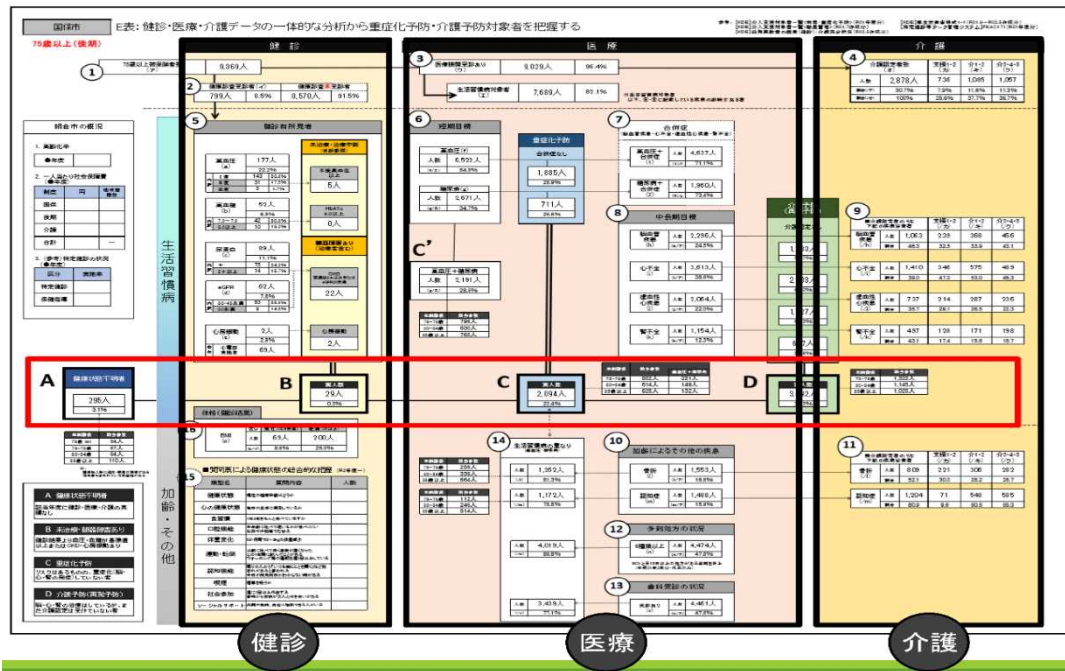
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいですが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わるという課題があります。

一方、国保では被保険者のうち、65歳以上の高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えています。また、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、市町村国保及び広域連合は、図表34に基づいて健康課題の分析結果等を共有し、綿密な連携に努めることが重要です。

健康課題の明確化においては、第2期計画の評価も踏まえ、健康・医療情報等を活用して、被保険者の健康状態等を分析、健康課題を抽出・明確化し、費用対効果の観点から優先順位を決定します。さらに、若い世代から自身の健康状態への意識を高めるため40歳未満の健診を実施し、健診結果において生活習慣の改善が必要と認められる者に対し保健指導を行います。

なお、20歳以降の体重増加と生活習慣病の発症との関連が明らかであることから、特定保健指導対象者を減らすためには、若年期から適正な体重の維持に向けた保健指導、啓発を行う等、40歳未満の肥満対策も重要です。

図表 35 健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析



※P28 図表 41 健診・医療・介護データの一体的な分析でも用いています。

①医療費分析

図表 36 被保険者及びレセプトの推移

対象年度	H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期：R4年度
被保険者数	7,014人	6,841人	6,802人	6,609人	6,307人	5,106人
総件数及び 総費用額	件数	60,622件	59,288件	54,714件	55,841件	70,438件
	費用額	22億5661万円	22億7225万円	21億4544万円	23億8644万円	20億9454万円
一人あたり医療費	32.2万円	33.2万円	31.5万円	36.1万円	33.2万円	75.2万円

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 37 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名		総医療費	一人あたり 医療費 (月額)	中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計		新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患
				腎		脳 脳梗塞 脳出血	心 狭心症 心筋梗 塞	糖尿病	高血圧	脂質 異常症					
				慢性 腎不全 (透析 有)	慢性 腎不全 (透析 無)										
① 国保	東御市	20億9454万円	26,983	3.83%	0.19%	2.92%	0.99%	6.05%	3.20%	2.23%	4億0657万円	19.4%	13.4%	10.77%	8.72%
	同規模	--	31,918	4.05%	0.30%	2.10%	1.39%	5.83%	3.39%	2.04%	--	19.1%	16.9%	8.74%	9.00%
	県	--	27,549	4.29%	0.22%	2.15%	1.22%	5.73%	3.28%	2.14%	--	19.0%	16.4%	8.45%	9.18%
	国	--	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	--	18.6%	16.7%	7.63%	8.68%
② 後期	東御市	38億3876万円	63,916	3.91%	0.29%	3.53%	0.94%	4.61%	3.28%	1.54%	6億9503万円	18.1%	10.1%	3.52%	11.8%
	同規模	--	70,726	4.19%	0.51%	4.09%	1.45%	4.05%	3.15%	1.25%	--	18.7%	10.5%	4.11%	12.6%
	県	--	64,010	4.00%	0.36%	4.50%	1.34%	4.28%	3.30%	1.30%	--	19.1%	11.8%	2.73%	12.3%
	国	--	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.1%	11.2%	3.55%	12.4%

出典：KDB システム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 38 高額レセプト(80 万円／件)以上の推移

対象年度			H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期：R4年度
高額レセプト (80万円以上/件)	人数	A	197人	192人	209人	232人	212人	483人
	件数	B	384件	389件	409件	572件	622件	855件
		B/総件数	0.63%	0.66%	0.75%	1.02%	1.13%	1.21%
	費用額	C	5億0007万円	5億4841万円	5億2808万円	7億6836万円	8億3418万円	10億4711万円
		C/総費用	22.2%	24.1%	24.6%	32.2%	39.8%	27.3%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 39 高額レセプト(80 万円／件)以上の推移(脳血管疾患)

対象年度			H30年度		R元年度		R2年度		R3年度		R4年度		後期：R4年度		
脳血管疾患	人数	D	11人		11人		14人		13人		18人		38人		
		D/A	5.6%		5.7%		6.7%		5.6%		8.5%		7.9%		
	件数	E	17件		19件		32件		26件		49件		69件		
		E/B	4.4%		4.9%		7.8%		4.5%		7.9%		8.1%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	3	17.6%	2	10.5%	9	28.1%	1	3.8%	2	4.1%	75-80歳	12	17.4%
		60代	11	64.7%	14	73.7%	17	53.1%	12	46.2%	17	34.7%	80代	45	65.2%
		70-74歳	3	17.6%	3	15.8%	6	18.8%	13	50.0%	30	61.2%	90歳以上	12	17.4%
	費用額	F	1835万円		2688万円		3842万円		2909万円		6911万円		8301万円		
		F/C	3.7%		4.9%		7.3%		3.8%		8.3%		7.9%		

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 40 高額レセプト(80 万円／件)以上の推移(虚血性心疾患)

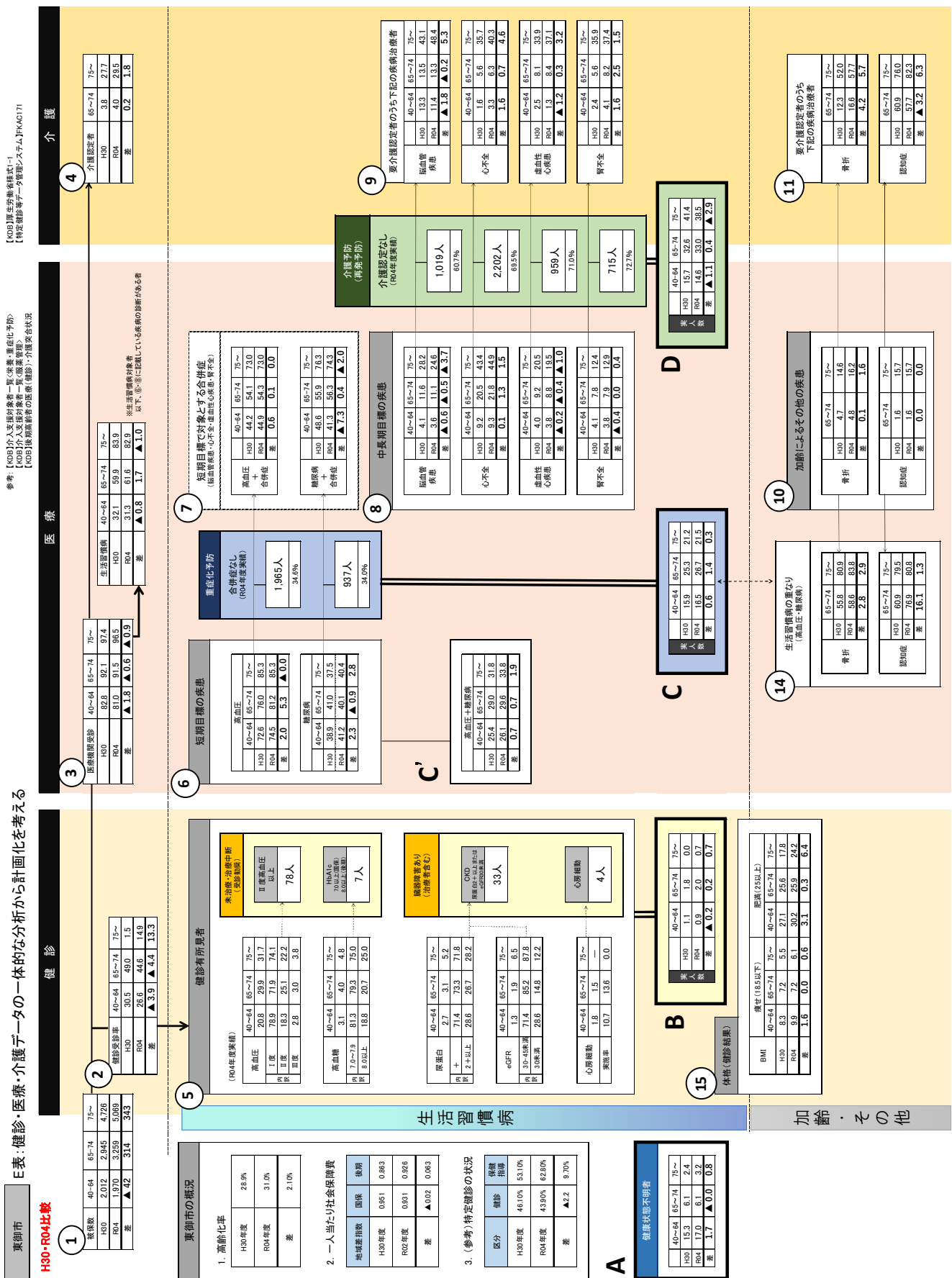
対象年度			H30年度		R元年度		R2年度		R3年度		R4年度		後期：R4年度		
虚血性心疾患	人数	G	7人		10人		12人		13人		6人		11人		
		G/A	3.6%		5.2%		5.7%		5.6%		2.8%		2.3%		
	件数	H	7件		14件		17件		18件		12件		12件		
		H/B	1.8%		3.6%		4.2%		3.1%		1.9%		1.4%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	5	29.4%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	0.0%	5	35.7%	2	11.8%	1	5.6%	2	16.7%	75-80歳	4	33.3%
		60代	5	71.4%	5	35.7%	2	11.8%	4	22.2%	4	33.3%	80代	7	58.3%
		70-74歳	2	28.6%	4	28.6%	8	47.1%	13	72.2%	6	50.0%	90歳以上	1	8.3%
	費用額	I	859万円		1996万円		2382万円		2873万円		1822万円		1623万円		
		I/C	1.7%		3.6%		4.5%		3.7%		2.2%		1.5%		

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 41 健診・医療・介護データの一体的な分析 (例: 65～74 歳国保加入者)

E表: 健診・医療・介護データの一体的な分析から計画化を考える

H30・R04比較



図表 42 被保険者数と健診受診状況

E表	④	①				②			⑤								
年度	介護認定率	被保険者数				健診受診率			体格(健診結果)								
						特定健診		長寿健診	BMI18.5未満						BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	27.7		2,012	2,945	4,726	30.5	49.0	1.5	8.3	7.2	5.5	27.1	25.6	17.8			
R4	29.5		1,970	3,259	5,069	26.6	44.6	14.9	9.9	7.2	6.1	30.2	25.9	24.2			

図表 43 健診有所見状況

E表	⑤																													
年度	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)									HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上									CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満						心房細動					
	40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-			40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-	
	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	%	人	%	人	人	%	人	%	人
H30	33	5.4	(11)	94	6.5	(36)	4	5.5	(0)	15	2.4	(3)	48	3.3	(4)	2	2.7	(1)	10	1.6	14	1.0	0	--	2	0.3	1	0.1	0	--
R4	23	4.4	(11)	122	8.4	(45)	62	8.2	(22)	16	3.1	(1)	58	4.0	(5)	9	1.2	(1)	5	1.0	14	1.0	14	1.9	0	--	2	0.1	0	--

図表 44 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表			③									⑥												⑦								
年度	医療機関 受診			生活習慣病 対象者 (生活習慣病の 医療機関受診者)			短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)												短期目標の疾患とする 合併症													
							高血圧			糖尿病			C'糖尿病+高血圧			高血圧 +合併症			糖尿病 +合併症													
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-											
H30	82.8	92.1	97.4	32.1	59.9	83.9	72.6	76.0	85.3	38.9	41.0	37.5	25.4	29.0	31.8	44.2	54.1	73.0	48.6	55.9	76.3											
R4	81.0	91.5	96.5	31.3	61.6	82.9	74.5	81.2	85.3	41.2	40.1	40.4	26.1	29.6	33.8	44.9	54.3	73.0	41.3	56.3	74.3											

注) 合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

図表 45 中長期目標疾患(脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全)と介護認定の状況

E表	⑧												⑨											
年度	中長期目標の疾患(被保険者数)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	4.1	11.6	28.2	4.0	9.2	20.5	9.2	20.5	43.4	4.1	7.8	12.4	13.3	13.5	43.1	2.5	8.1	33.9	1.6	5.6	35.7	2.4	5.6	35.9
R4	3.6	11.1	24.6	3.8	8.8	19.5	9.3	21.8	44.9	3.8	7.9	12.9	11.4	13.3	48.4	1.3	8.4	37.1	3.3	6.3	40.3	4.1	8.2	37.4

図表 46 骨折・認知症の状況

E表	⑭				⑩				⑪			
年度	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険者数)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	55.8	80.9	60.9	79.5	4.7	14.6	1.6	15.7	12.3	52.0	60.9	76.0
R4	58.6	83.8	76.9	80.8	4.8	16.2	1.6	15.7	16.6	57.7	57.7	82.3

① 健康課題の明確化(図表 36～46)

国保の被保険者数は年々減っていますが、一人あたり医療費は令和2年度は新型コロナウイルス感染症の影響で減ったものの、令和3年度は増加し、令和4年度はコロナ禍前の状況に戻りました。一人あたりの医療費は後期高齢者になると75万円を超え、国保加入者よりも2.2倍も高い状況です。(図表 36)

東御市は、これまで糖尿病に重点をおいて保健事業に取り組んできたものの、短期的目標疾患の糖尿病の総医療費に占める割合は、同規模、県、国と比べて高い状況です。しかし、腎不全の医療費に占める割合が、国保及び後期高齢者においては、同規模、県、国と比べて低い状況です。(図表 37)

高額レセプトについては、国保においては毎年増加傾向にあり、後期高齢者になると、さらに約1.4倍に増えています。

高額となる疾病をみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保では平成30年度から増加傾向で、令和4年度が一番多く49件で約7千万円の費用がかかっていました。後期高齢者においては、69件で、約8千万円以上の費用額がかかっています。脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防についても力を入れる必要があります。(図表 38・39)

健診・医療・介護のデータについて、平成30年度と令和4年度の結果を各年代で一体的に分析すると、図表 42 の①被保険者数は、40～64歳は減り、65歳～74歳と75歳以上では300名ずつ増え、75歳以上の後期高齢者が確実に増えていることが分かります。

図表 42 ⑤の体格をみると、40～64歳の若い年齢層で、BMI25以上の率が3ポイントも高くなってきています。図表 43 健診有所見の状況をみると、各年代で対象人数が横ばい傾向にあり、さらなる受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となります。

図表 44 の短期目標疾患(高血圧・糖尿病)の合併症をみると、高血圧、糖尿病においては、いずれの年代でも高くなっていきます。

図表 45 の中長期疾患(脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全)において、特に変化はなく横ばいですが、心不全だけは、65～74歳で令和4年度の割合が上がっています。また、腎不全の75歳以上の割合の増加に伴い、腎不全の介護認定者数も増加しています。

② 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

健康課題の明確化で整理した結果を踏まえると、中長期疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全)に共通した高血圧、糖尿病等に重なりがあります。高血圧や糖尿病等の早期受診勧奨や治療中断を防ぐ保健指導を継続していくことが、脳血管疾患、虚血性心疾患等への重症化を防ぐことにつながります。

具体的な取組方法については、第4章に記載します。

2) 目標の設定

(1) 成果目標

① データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

保険者は、健診・医療情報を活用して PDCA サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、計画から見直します。改善までのプロセスを継続することによって、よりよい成果をあげていくことが期待できます。

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にしておきます。評価指標については、まずすべての都道府県で設定することが望ましい指標と地域の実情に応じて設定する指標(図表 47)を設定し、評価結果のうち公表するものを明確にしておきます。

② 中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、以下の疾患が総医療費に占める割合について最終年度には減少させることを目指します。

- ・医療費が高額となる疾患
- ・6か月以上の長期入院となる疾患
- ・人工透析となる疾患
- ・介護認定者の有病状況の多い脳血管疾患及び虚血性心疾患
- ・慢性腎不全

しかし、年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の3つの臓器の血管も傷んでくることを考えると、高齢化が進展する昨今では、医療費そのものを抑えることが厳しいことから、医療費の伸びを抑制することを目標とします。

また、軽症時に通院せず、重症化して入院することから、重症化予防、医療費適正化へつなげるには、適切な時期での受診を促し、入院に係る医療費を抑えることを目指します。

③ 短期的な目標の設定

短期的な目標として以下の脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通リスクについて、減少させることを目指します。

- ・高血圧
- ・糖尿病
- ・脂質異常症
- ・メタボリックシンドローム

特にメタボリックシンドローム該当者及び予備群を減少させることを目指します。そのためには、医療機関と十分な連携を図り、医療受診が必要な者への受診勧奨や治療継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行います。また、根本的な改善に至っていない疾患に糖尿病とメタボリックシンドロームが考えられますが、これらは薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが効果的であると考えられるため、医療機関と連携して、栄養指導等の保健指導を行います。具体的には、日本人食事摂取基準(2020年版)の基本的な考え方を基に、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果の改善を目指します。

さらに生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し健診受診率の向上を目指し、個人の状態に応じた保健指導の実施により生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要であるため、その目標値は、第3章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載します。

図表 47 第3期データヘルス計画目標管理一覧

3) 目標値の設定

関連計画		達成すべき目的	市の評価項目	実績			目標値
				初期値 R6	中間評価 R8	最終評価 R11	
				(R4)もしくは(R3)	(R7)	(R10)	
データヘルス計画	短期目標	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	特定健康診査受診率	43.9% (令和4年度法定報告)			58%以上
			特定保健指導実施率	62.8% (令和4年度法定報告)			60%以上
			特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	18.7%(38人) 男性:14.0% 女性:27.0% (令和4年度法定報告)			15%以上
			メタリックシンドローム該当者の割合	21.1%(418人) 男性:33.3% 女性:11.1% (令和4年度法定報告)			男性:30%以下 女性:10%以下
			メタリックシンドローム予備群の割合	10.3%(204人) 男性:15.9% 女性:5.7% (令和4年度法定報告)			男性:15%以下 女性:6%以下
	アウटकム	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために高血圧、脂質異常症、糖尿病等の対象者を減らす	Ⅱ度高血圧以上の割合	7.4%(147人) 男性:6.8% 女性:7.9% (令和4年度法定報告)			男性:4.3%以下 女性:2.9%以下
			HbA1c 値 8.0%以上の割合	0.9%(17人) 男性:1.4% 女性:0.5% (令和4年度法定報告)			男性:1.5%以下 女性:1.2%以下
			HbA1c 値 6.5%以上の割合	9.8%(233人) 男性:11.1% 女性:5.3% (令和3年度法定報告*)			男性:12.0%以下 女性:5.0%以下
			HbA1c 値 5.6%以上の割合	59.3%(1,179人) 男性:63.6% 女性:55.7% (令和3年度法定報告*)			減少
			LDLコレステロール 160 mg/dL 以上の割合	11.6%(237人) 男性:9.8 女性:13.1% (令和3年度法定報告*)			減少
	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	65歳未満の死亡者うち、脳血管疾患、心疾患による割合	10.9% 男性:12.7% 女性:7.9% (令和元年～令和4年の平均)			男性:22%以下 女性:19%以下
			糖尿病性腎症による新規人工透析者数	2.5人 (令和元年～令和4年の平均)			2.0人以下

* 令和4年度法定報告確定値が現時点(R6.1.22)未算出のため令和3年度法定報告値となります。

第3章 特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）

1. 第4期特定健康診査等実施計画について

保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条に基づき、特定健康診査等実施計画を定めます。

なお、第1期及び第2期は5年を一期としていましたが、医療費適正化計画等が6年一期に改正されたことを踏まえ、第3期以降は実施計画も6年を一期として策定します。

2. 目標値の設定

図表 48 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10 年度	R11 年度
特定健診受診率	55%以上	55%以上	58%以上	58%以上	58%以上	58%以上
特定保健指導実施率	60%以上	60%以上	60%以上	60%以上	60%以上	60%以上

3. 対象者の見込み

図表 49 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10 年度	R11 年度
特定健診	対象者数	4,600 人	4,550 人	4,500 人	4,450 人	4,400 人	4,350 人
	受診者数	2,000 人	1,970 人	1,940 人	1,910 人	1,890 人	1,860 人
特定保健指導	対象者数	225 人	225 人	225 人	225 人	225 人	225 人
	受診者数	135 人	135 人	135 人	135 人	135 人	135 人

4. 特定健診の実施

1) 実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託し、毎年度詳細については「特定健診・健康診査・後期高齢者健診実施要項」と特定健診実施説明資料に定めることとします。

その他、人間ドックや職場健診結果の提供、治療中の方の検査結果の提供をお願いします。

2) 特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第28条、および実施基準第16条第1項に基づき、具体的に委託できるものの基準については、厚生労働大臣の告示において定められています。

3) 健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、長野県国保連合会(市町村)のホームページに掲載します。

(参照) URL : <https://www.kokuho-nagano.or.jp>

4) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した、生活習慣病予防のための特定保健指導対象者を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査(HbA1c・血清クレアチニン・尿酸・尿潜血)を実施します。

図表 50 東御市特定健診検査項目

健診項目		東御市	国
身体測定	身長	○	○
	体重	○	○
	BMI	○	○
	腹囲	○	○
血圧	収縮期血圧	○	○
	拡張期血圧	○	○
肝機能検査	AST(GOT)	○	○
	ALT(GPT)	○	○
	γ-GT(γ-GTP)	○	○
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	●	●
	随時中性脂肪	●	●
	HDLコレステロール	○	○
	LDLコレステロール	○	○
	(NON-HDLコレステロール)		
血糖検査	空腹時血糖	●	●
	HbA1C	●	●
	随時血糖	●	●
尿検査	尿糖	○	○
	尿蛋白	○	○
	尿潜血	○	
血液学検査 (貧血検査)	ヘマトクリット値	○	□
	血色素量	○	□
	赤血球数	○	□
その他	心電図	□	□
	眼底検査	□	□
	血清クレアチニン (eGFR)	○	□
	尿酸	○	

○…必須項目、□…医師の判断に基づき選択的に実施する項目、●…いずれの項目の実施で可

5) 実施時期

6月から翌年1月末まで実施します。

6) 医療機関との適切な連携

治療中であっても特定健診の受診対象者であることから、かかりつけ医から本人へ健診の受診勧奨を行えるよう、医療機関へ十分な説明を実施していきます。

また、本人同意のもとで、保険者が診療における検査データの提供を受け、特定健診結果のデータとして円滑に活用できるよう、かかりつけ医の協力及び連携を図ります。

7) 代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払い代行は、長野県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託します。

8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、受診案内の送付に関わらず、医療保険者として加入者に対する周知、広報活動を年間通して行います。

図表 51 特定健診実施スケジュール

受診勧奨方法	対象者	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
ハガキ勧奨	情報提供 (職域152名、 非職域538名)	令和5年4月1日から令和6年3月31日の間の検査結果											
		○受診券送付					○ハガキ						
	人間ドック (507名) ※受診券送付しない	○ハガキ (504名済)								○健診終了ハガキ			
	特定健診 (個別) (3140名)	○受診券送付					○ハガキ (東部)	○ハガキ (北御牧)		○健診終了ハガキ			
	特定健診 (集団) (306名) ※受診券送付しない	○ハガキ (東部、北御牧)					○ハガキ (東部)	○ハガキ (北御牧)	8~10、13日	14日		5、7日	
電話勧奨	単年度受診			○昨年受けた時期が過ぎて今年未受診の場合に行う									
	後追い			○昨年受けた時期が過ぎて今年未受診の場合に行う(データ提供含む)									
	初めて国保			○受診券が届いた早い時期に集中して行う									
	年度途中国保			○月ごと行う									
	集団健診							○昨年度集団健診を行い、今年度申込がない人を中心に実施					
訪問勧奨・電話勧奨 (健康相談室) 0268-228911・0268-228111	全地区		○保健指導未評価○精神 ○多剤服薬、医療機関受診者○重症化予防対象者						○各地区1~2地区				
	重症化予防対象者		○高血圧、糖尿病、糖尿病性腎症の重症化予防名簿の対象者										

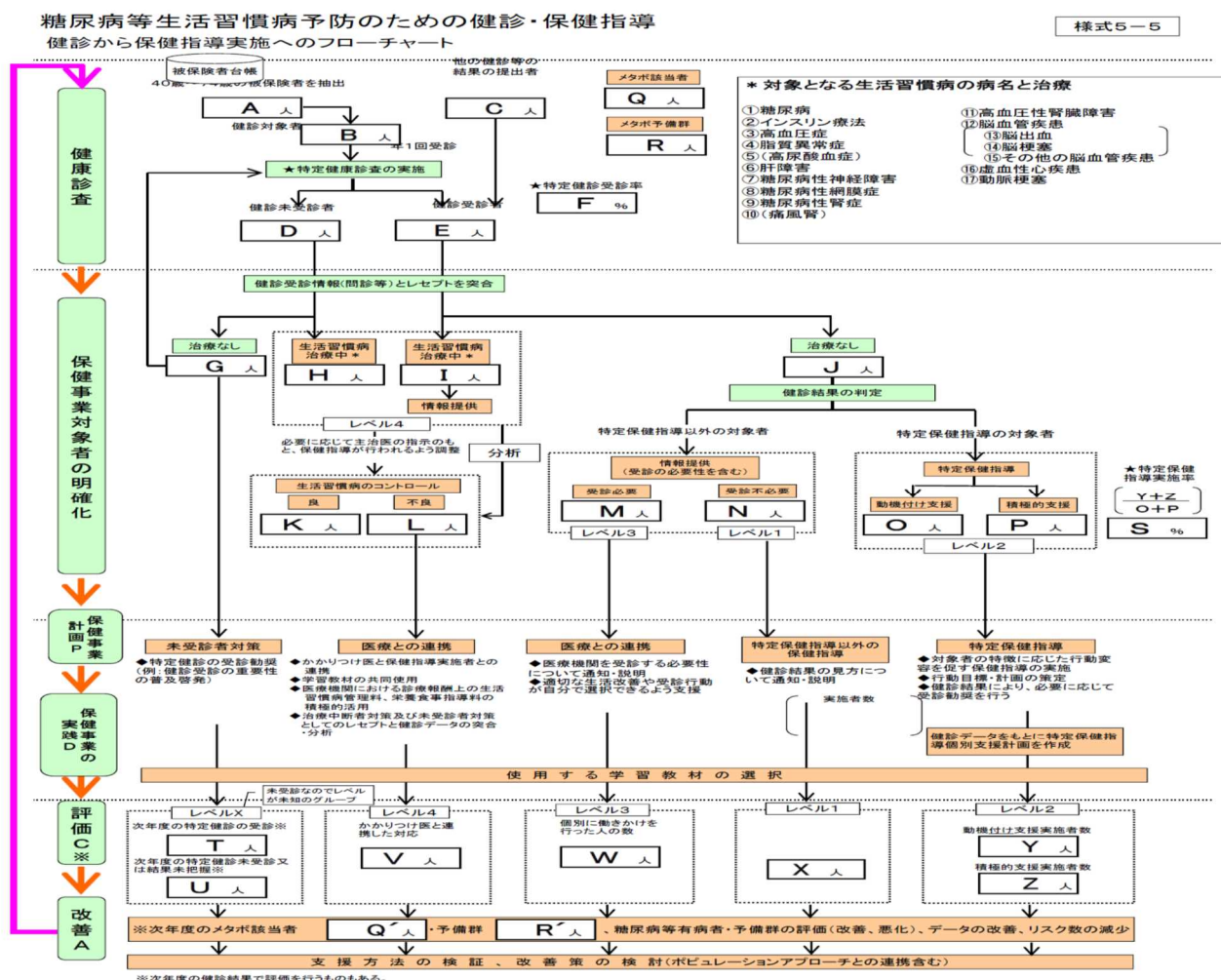
特定保健指導の実施については、保険者直接実施、一般衛生部門への執行委任の形態で行います。

特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

特定保健指導 の見直し	(1)評価体系の見直し 特定保健指導の実施評価にアウトカムを導入し、主要達成目標を腹囲2cm・体重2kg減とし、生活習慣病予防につながる行動変容や腹囲1cm・体重1kg減をその他目標として設定した。
	(2)特定保健指導の初回面接の分割実施の条件緩和 特定保健指導の初回面接は、特定健康診査実施日から1週間以内であれば初回面接の分割実施として取り扱えるよう条件を緩和することとした。
	(3)糖尿病等の生活習慣病に係る服薬を開始した場合の実施率の考え方 特定健康診査実施後又は特定保健指導実施後に服薬を開始した者については、実施率の計算において、特定保健指導対象者として、分母に含めないことを可能とした。
	(4)糖尿病等の生活習慣病に係る服薬中の者に対する服薬状況の確認及び特定保健指導対象者からの除外 服薬中の者の特定保健指導対象者からの除外に当たって、確認する医薬品の種類、確認手順を保険者があらかじめ定めている場合は、専門職以外であっても対象者本人への事実関係の再確認と同意の取得を行えることとした。
	(5)その他の運用の改善 看護師が特定保健指導を行える暫定期間を第4期期間においても延長することとした。

「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)」様式 5-5 をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行います。

図表 52 健診から保健指導へのフローチャート(様式 5-5)



2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 53 要保健指導対象者の見込み※

優先 順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の○%)	目標 (実施率)
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	221人 (10.7%)	60%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	395人 (19.2%)	HbA1c6.5以上 については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例: 健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	3,281人 ※受診率(55%) 目標達成までに あと877人	—
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	389人 (18.9%)	—
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	1,057人 (51.3%)	—

※要保健指導対象者とは O と P 以外の M、D、N、I においても保健指導が必要な者が含まれることを指します。

※D～I に関しては必要に応じて保健指導を実施します。

3)生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理とPDCAサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成していきます。

図表 54 健診・保健指導年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月			
5月	◎健診対象者の抽出及び受診券の送付 ◎検査結果情報提供の依頼 ◎個別健康診査実施の依頼		◎がん検診開始
6月	◎特定健康診査の開始	◎対象者の抽出	◎若年健診、後期高齢者健診 ◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始
7月		◎保健指導の開始	
8月			
9月			◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
10月		◎利用券の登録	
11月			
12月			
1月	◎健診の終了		
2月			◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報
3月			

6. 個人情報の保護

1)基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律および東御市個人情報保護条例を踏まえた対応を行います。

また、特定健康診査を外部委託する際は、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約状況を管理します。

2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健康診査・特定保健指導の記録の管理は、特定健康診査等データ管理システムで行います。

また、特定健康診査・特定保健指導の保存義務期間は規則 22、25 条に基づき、記録の作成日から最低5年間または加入者が他の加入者となった日の属する年度の翌年度の末日となっていますが、生涯を通じた自己の健康管理の観点から、被保険者となっている限りはデータ等の保存に努めます。保存期間満了後は、保存してある記録を加入者の求めに応じて当該加入者に提供するなど、加入者が生涯にわたり自己の健康情報を活用し、自己の健康管理に役立てるための支援を行うよう努めます。

7. 結果の報告

実績報告については、毎年指定された期日までに長野県国民健康保険団体連合会を通じて行います。

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条第 3 項(保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない)に基づく計画は、東御市ホームページ等への掲載により公表、周知します。

第4章 課題解決するための個別保健事業

1. 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために、特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していきます。そのためには、重症化予防の取組とポピュレーションアプローチを組み合わせる必要があります。

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・重症化の抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・虚血性心疾患重症化予防・脳血管疾患重症化予防等の取組を行います。

具体的には、医療受診が必要な方には、適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の方には、医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施していきます。

ポピュレーションアプローチの取組としては、生活習慣病の重症化により医療費や介護にかかる費用等の実態を広く市民へ周知していきます。

また、生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導が重要となります。そのため特に特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要があります。その実施にあたっては、第3章の特定健康診査等実施計画に準ずるものとします。

2. 重症化予防の取組

東御市の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、737人(35.5%)です。そのうち治療なしが240人(23.9%)を占め、さらに臓器障害あり直ちにに取り組むべき対象者が62人です。

また、東御市においては、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なるものが、240人中111人と高いため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることが分かります。

図表 55 脳・心・腎を守るために

脳・心・腎を守るために－重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする－

令和4年度

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少		虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少		糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少		＜参考＞ 健診受診者(受診率)	
							2,062人	38.6%
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)		虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究報告))		糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)	
↓ レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	クモ膜下出血 (5.6%) 脳出血 (18.5%) 脳梗塞 (75.9%) 心原性脳塞栓症 (27.7%) ラクナ梗塞 (31.2%) アテローム血栓性梗塞・塞栓 (33.2%) ※脳卒中データリンク 2015より 非心原性脳梗塞		心筋梗塞 労作性狭心症 安静狭心症					
優先すべき課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症	メタボリックシンドローム	糖尿病	慢性腎臓病(CKD)		
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017年版 (日本動脈硬化学会)	メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)		
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者	重症化予防対象者 (実人数)
該当者数	148 7.2%	4 0.2%	76 3.7%	88 4.3%	433 21.0%	122 5.9%	128 6.2%	733 35.5%
治療なし	97 7.4%	2 0.2%	67 4.5%	64 4.3%	80 8.0%	64 3.5%	34 3.4%	240 23.9%
(再掲) 特定保健指導	39 26.4%	1 25.0%	16 21.1%	17 19.3%	80 18.5%	14 11.5%	13 10.2%	111 15.1%
治療中	51 6.7%	2 0.2%	9 1.6%	24 4.2%	353 33.4%	58 31.7%	94 8.9%	493 46.6%
臓器障害あり	26 26.8%	2 100.0%	8 11.9%	7 10.9%	14 17.5%	7 10.9%	34 100.0%	62 25.8%
CKD(専門医対象者)	9	0	4	4	6	5	34	34
心電図所見あり	21	2	5	3	10	4	4	32
臓器障害なし	71 73.2%	--	59 88.1%	57 89.1%	66 82.5%	57 89.1%	--	--

1) 糖尿病性腎症重症化予防

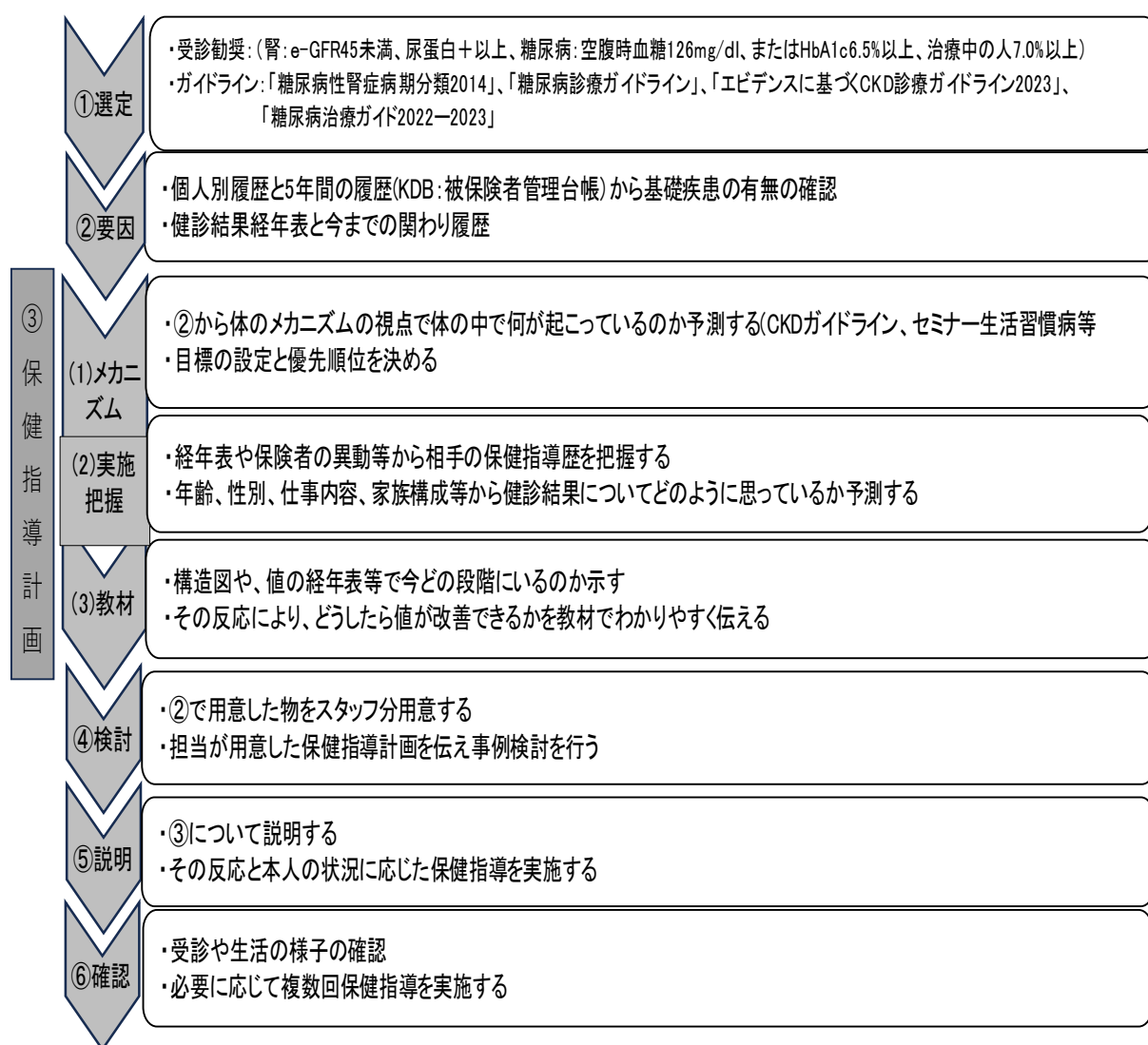
(1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」(平成31年4月25日改定 日本医師会 日本糖尿病推進会議 厚生労働省)、長野県糖尿病性腎症重症化予防プログラム、東御市糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施していきます。

なお、取組にあたっては図表56に沿って実施します。

- ①健康診査・レセプト等で抽出されたハイリスク者に対する受診勧奨、保健指導
- ②治療中の患者に対する医療と連携した保健指導
- ③糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応

図表 56 糖尿病性腎症重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



(2)対象者の明確化

①対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては、東御市糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とします。

ア. 医療機関未受診者

イ. 医療機関受診中断者

ウ. 糖尿病治療中者

ア)糖尿病性腎症で通院している者

イ)糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

②選定基準に基づく該当者の把握

ア. 対象者の抽出

取組を進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握するため、国保が保有するレセプトデータおよび特定健診データを活用し、該当者数把握を行います。また、腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は、「糖尿病性腎症病期分類」(糖尿病性腎症合同委員会)を基盤とします。

図表 57 糖尿病性腎症病期分類

糖尿病性腎症病期分類(改訂)		
病期	尿アルブミン値(mg/gCr) あるいは 尿蛋白値(g/fCr)	GFR(eGFR) (ml/分/1.73㎡)
第1期(腎症前期)	正常アルブミン尿(30未満)	30以上
第2期(早期腎症期)	微量アルブミン尿(30～299)	30以上
第3期(顕性腎症期)	顕性アルブミン尿(300以上) あるいは 持続性蛋白尿(0.5以上)	30以上
第4期(腎不全期)	問わない	30未満
第5期(透析療法期)	透析療法中	

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握していきます。

東御市においては、特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため、腎機能(eGFR)の把握は可能ですが、尿アルブミンについては把握が難しいです。CKD診療ガイド2012では尿アルブミン定量(mg/dl)に対する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(－)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿(＋)としていることから、尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となります。

糖尿病性腎症病期分類でスクリーニングを行い、保健指導に力を入れます。

イ. 基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い、医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行いました。

東御市において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、75 人(28.4%・F)でした。

また、40～74 歳における糖尿病治療者 1,088 人のうち、特定健診受診者が 189 人(71.6%・G)でした。糖尿病治療者で特定健診未受診者 899 人(82.6%・I)については、治療中ですが、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってきます。

ウ. 介入方法と優先順位

図表 58 より東御市における介入方法を以下のとおりとします。

優先順位 1

【受診勧奨】

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者（F）・・・75 人

優先順位 2

【保健指導】

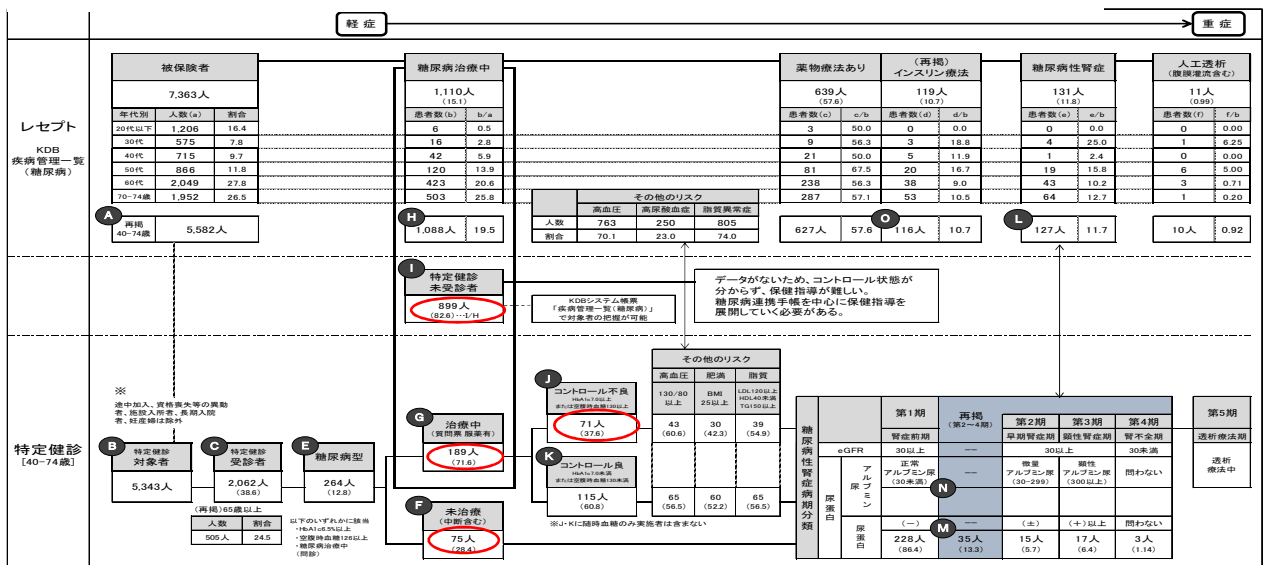
- ・糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者（J）・・・71 人
治療中断しない（継続受診）ための保健指導
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位 3

【保健指導】

- ・Iの中から、過去に特定健診歴のある糖尿病治療者を把握→管理台帳
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

図表 58 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



(3) 保健指導の実施

①糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・重症化抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要です。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってきます。東御市においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を実施します。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っています。

図表 59 糖尿病-学習教材(保健指導教材:マルチマーカー)

糖尿病-学習教材	
1 健診結果から食の解決に意識が向かうための支援	
糖-1 糖尿病タイプ	糖-29 閉塞性動脈硬化症とは？
糖-2 検査値を記録してみましょう	糖-30 閉塞性動脈硬化症予防法
糖-3 合併症予防のための検査記録	糖-31 脳(神経細胞)を守る
糖-4 検査値を記録してみましょう	糖-32 シックデイに注意！～普段の血糖コントロールがよくてもおこります
糖-5 インスリン分泌を見る検査	糖-33 低血糖症状
糖-6 糖尿病診断基準	糖-34 胃切除を受けた方へ こういう症状はありませんか？
糖-7 糖尿病とはどういう病気なのでしょう	
糖-8 インクレチン・グリコーゲン入りインスリンの食事	
糖-9 糖(炭水化物)が入ってきたときのインスリンの食事	
糖-10 血液中に糖が多いとなぜ困るのでしょうか	
糖-11 「症状がないから大丈夫！」と思っていないですか？	
糖-12 糖尿病の治療の段階	
糖-13 糖事例1健診でHbA1c値11.0%でも食事と薬で6.2%まで改善	
糖-14 糖事例2糖尿病の薬にはいろいろ種類があります	
糖-15 糖尿病治療とは「薬を飲むこと」と思っていないですか？	
糖-16 糖の流れと薬のメカニズム	
糖-17 インスリン注射？飲み薬ではだめなの？	
糖-18 糖事例3インスリン療法事例	
糖-19 わたしは糖尿病のどの段階にいるのか、そして次の段階に進まないための検査は何か	
糖-20 眼(糖尿病網膜症)～失明直前まで自覚症状がでません	
糖-21 糖尿病性腎症～今、わたしはどの段階なのか	
糖-22 糖尿病性腎症の経過～わたしはどの段階？～	
糖-23 HbA1c値はどの値にするとういでしょう	
糖-24 なぜ、過剰すぎるのか？	
糖-25 糖尿病性神経障害の症状とその進み方	
糖-26 糖尿病の足病変はこんなさいなことから始まる…	
糖-27 できるだけ早くみつけて、手当たり「皮膚症状」糖尿病性潰瘍	
糖-28 糖尿病性神経障害～起こるからだの部位と症状の現れ方	

②二次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では血糖値及び HbA1c 値のみの実施のため、早期の糖尿病のリスクを見逃す恐れがあるため、75 g 糖負荷試験を行うことで血糖の変動を調べ、インスリン抵抗性及び分泌能を測定し、境界型・糖尿病型への早期の介入を目指します。

(4) 医療との連携

①医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者に対し受診勧奨を行い、医療機関を紹介します。

②治療中の者への対応

治療中の場合は、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらいます。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては東御市糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じて行っています。

(5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、地域包括支援センター(福祉課地域包括支援係)と連携していきます。

(6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価については、データヘルス計画の評価等と合わせ年1回行うものとしします。その際は、糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用します。また、中長期的評価においては図表60糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いて行っています。

短期的評価

①受診勧奨者に対する評価

- ア. 受診勧奨対象者への介入率
- イ. 医療機関受診率
- ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数

②保健指導対象者に対する評価

- ア. 保健指導実施率
- イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較
 - HbA1cの変化
 - e-GFRの変化(1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73m²以上低下)
 - 尿蛋白の変化
 - 服薬状況の変化

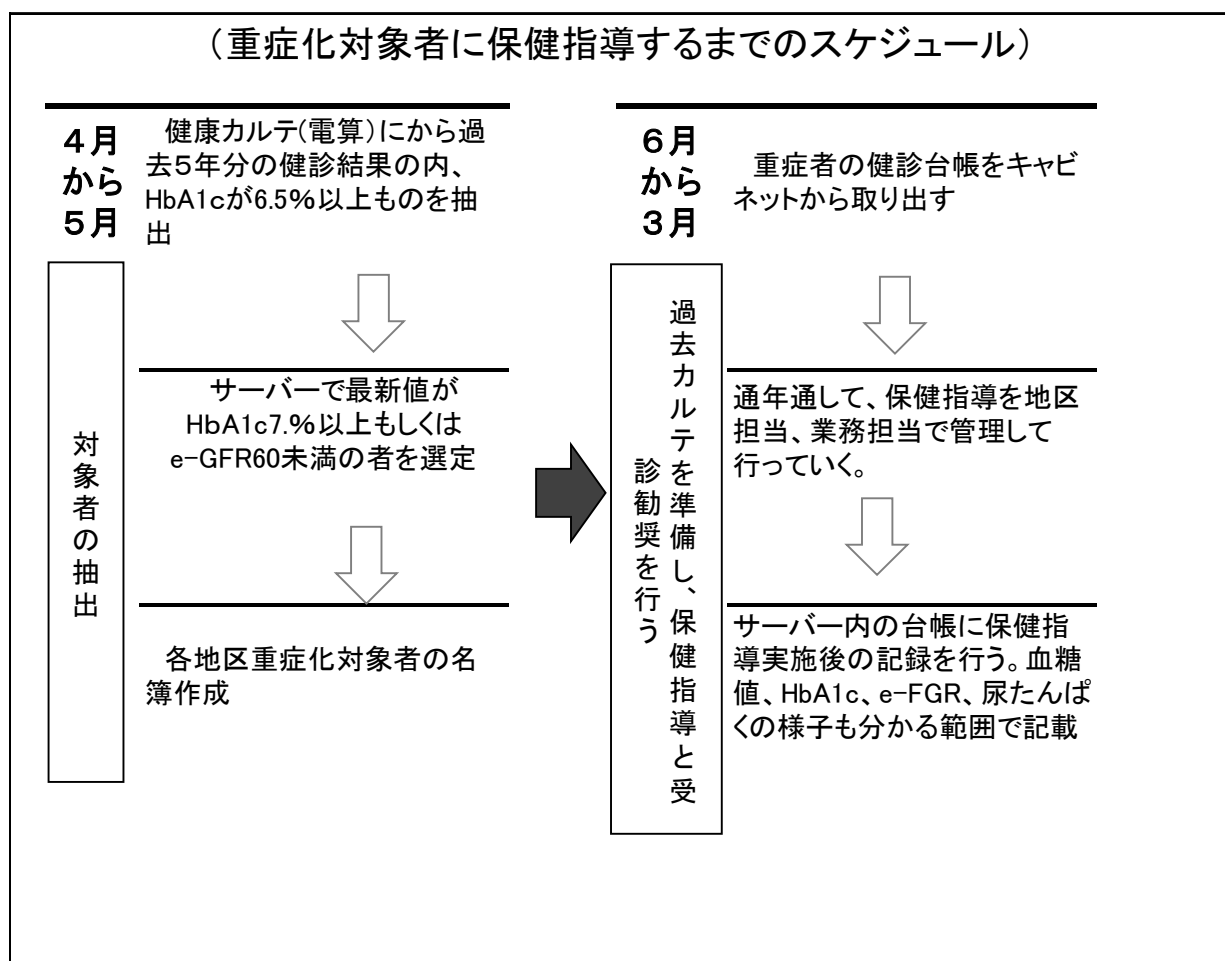
図表 60 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目			突 合 表	東御市										同規模保険者（平均）	
				H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度	
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
1	①	被保険者数	A	7,274人		7,041人		6,867人		6,775人		6,618人			
	②	(再掲) 40-74歳		5,685人		5,548人		5,435人		5,415人		5,273人			
2	①	対象者数	B	5,054人		4,921人		4,900人		4,797人		4,870人			
	②	特定健診 受診者数	C	2,386人		2,210人		2,060人		2,096人		1,848人			
	③	受診率		47.2%		44.9%		42.0%		43.7%		37.9%			
3	①	特定 対象者数		325人		195人		160人		267人					
	②	保健指導 実施率		53.1%		60.3%		60.3%		59.1%		53.6%			
4	①	糖尿病型	E	286人	12.0%	287人	13.0%	267人	13.0%	263人	12.5%	230人	12.4%		
	②	未治療・中断者（質問票 服薬なし）	F	101人	35.3%	82人	28.6%	76人	28.5%	76人	28.9%	64人	27.8%		
	③	治療中（質問票 服薬あり）	G	185人	64.7%	205人	71.4%	191人	71.5%	187人	71.1%	166人	72.2%		
	④	コントロール不良 HbA1c7.0%以上または空腹時血糖130%以上	J	75人		97人		87人		87人		59人		35.5%	
	⑤	血圧 130/80以上		37人		59人		53人		66人		37人		62.7%	
	⑥	肥満 BMI25以上	K	38人		41人		45人		41人		25人		42.4%	
	⑦	コントロール良好 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満		110人		108人		104人		100人		107人		64.5%	
	⑧	第1期 尿蛋白（-）	M	239人		233人		232人		225人		199人		86.5%	
	⑨	第2期 尿蛋白（±）		24人		35人		13人		4.9%		24人		9.1%	
	⑩	第3期 尿蛋白（+）以上		18人		18人		22人		8.2%		12人		4.6%	
	⑪	第4期 eGFR30未満		4人		1人		0人		0.0%		0人		0.0%	
5	①	糖尿病受療率（被保険者千対）		108.6人		108.4人		99.6人		106.4人		107.3人			
	②	(再掲) 40-74歳（被保険者千対）		137.9人		136.3人		124.9人		131.3人		133.3人			
	③	レセプト件数 (40-74歳) () 内は被保険者 千対				4,047件 (752.5)		3,931件 (729.9)		3,966件 (754.6)		3,839件 (765.0)		1,557,522件	(951.6)
	④	入院外（件数）				27件 (5.0)		25件 (4.6)		17件 (3.2)		18件 (3.6)		7,406件	(4.5)
	⑤	糖尿病治療中	H	790人		763人		684人		721人		710人		10.7%	
	⑥	(再掲) 40-74歳		784人		756人		679人		711人		703人		13.3%	
	⑦	健診未受診者	I	599人		571人		488人		524人		537人		76.4%	
	⑧	インスリン治療	O	64人		70人		54人		7.9%		54人		7.6%	
	⑨	(再掲) 40-74歳		63人		69人		52人		7.7%		54人		7.5%	
	⑩	糖尿病性腎症	L	87人		82人		68人		9.9%		67人		9.3%	
	⑪	(再掲) 40-74歳		86人		80人		67人		9.9%		65人		9.1%	
	⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		11人		14人		12人		1.8%		15人		2.1%	
	⑬	(再掲) 40-74歳		11人		14人		12人		1.8%		14人		2.0%	
	⑭	新規透析患者数		8		5		6		5		4			
	⑮	(再掲) 糖尿病性腎症		4		2		4		2		2			
	⑯	【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		19人		23人		19人		1.8%					
6	①	総医療費		22億5661万円		22億7225万円		21億4544万円		23億8644万円		20億9454万円		28億4626万円	
	②	生活習慣病総医療費		12億1559万円		12億2027万円		11億9513万円		13億2898万円		11億0106万円		15億3700万円	
	③	(総医療費に占める割合)		53.9%		53.7%		55.7%		55.7%		52.6%		54.0%	
	④	生活習慣病 対象者 一人あたり		6,464円		5,050円		4,339円		6,162円		5,702円		7,237円	
	⑤	健診未受診者		37,951円		40,939円		43,059円		43,770円		38,024円		38,862円	
	⑥	糖尿病医療費		1億4616万円		1億3132万円		1億3025万円		1億3063万円		1億2669万円		1億6596万円	
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)		12.0%		10.8%		10.9%		9.8%		11.5%		10.8%	
	⑧	糖尿病入院外総医療費		3億8034万円		3億9847万円		3億9682万円		4億1753万円		3億5578万円			
	⑨	1件あたり		37,973円		40,474円		41,687円		43,129円		38,157円			
	⑩	糖尿病入院総医療費		1億6456万円		1億8150万円		1億6652万円		2億2469万円		1億8761万円			
	⑪	1件あたり		507,901円		565,414円		588,402円		651,286円		609,125円			
	⑫	在院日数		15日		15日		15日		16日		15日			
	⑬	慢性腎不全医療費		8263万円		1億0310万円		9014万円		9940万円		8419万円		1億2396万円	
	⑭	透析有り		7755万円		9822万円		8643万円		9530万円		8015万円		1億1532万円	
	⑮	透析なし		508万円		488万円		371万円		410万円		403万円		863万円	
7	①	介護給付費		24億9753万円		24億9558万円		25億9158万円		26億7883万円		26億8018万円		34億9905万円	
	②	(2号認定者) 生活習慣病合併症		4件		4件		4件		50.0%		3件		30.0%	
8	①	死亡 糖尿病（死因別死亡数）		2人		4人		2人		0.6%		5人		1.5%	

(7) 実施期間及びスケジュール

- 4月 対象者の選定基準の決定
- 5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定
- 5月～ 特定健診結果が届き次第、糖尿病管理台帳に記載。
台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)。

図表 61 重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール

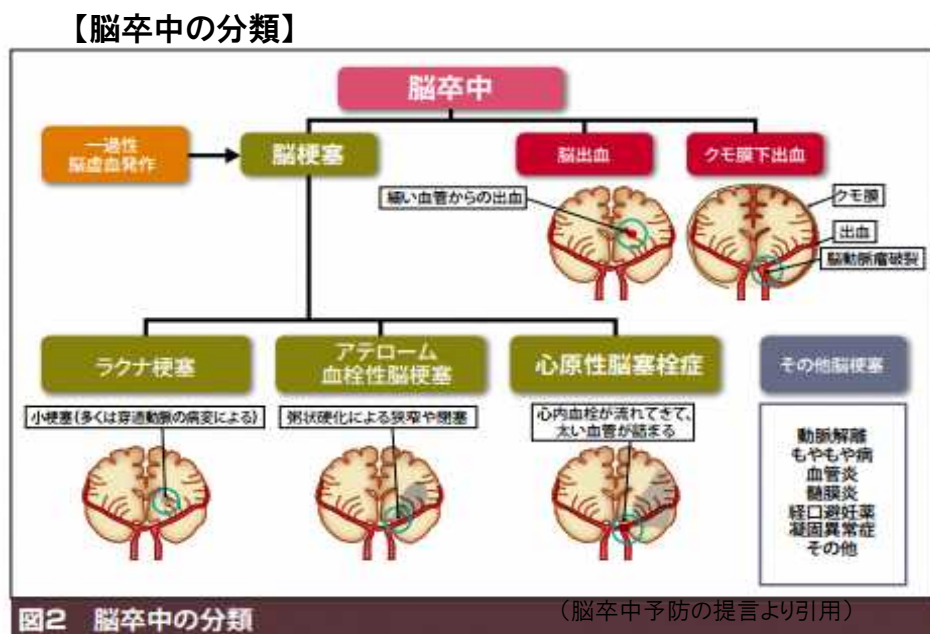


2) 脳血管疾患重症化予防

(1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めます。(図表 62・63)

図表 62 脳卒中の分類



図表 63 脳血管疾患とリスク因子

脳血管疾患とリスク因子

リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧	糖尿病	脂質異常 (高LDL)	心房細動	喫煙	飲酒	メタボリック シンドローム	慢性腎臓病 (CKD)
脳 梗 塞	ラクナ梗塞	●						○	○
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●		●	●	○	○
	心原性脳梗塞	●			●			○	○
脳 出 血	脳出血	●							
	くも膜下出血	●							

(2) 対象者の明確化

①重症化予防対象者の抽出

脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。図表 64 でみると、高血圧治療者 2,133 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 242 人(11.3%・O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 148 人(7.2%)であり、そのうち 97 人(65.5%)は未治療者です。

医療機関未受診者の中には、メタボリックシンドローム該当者や高血糖などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。

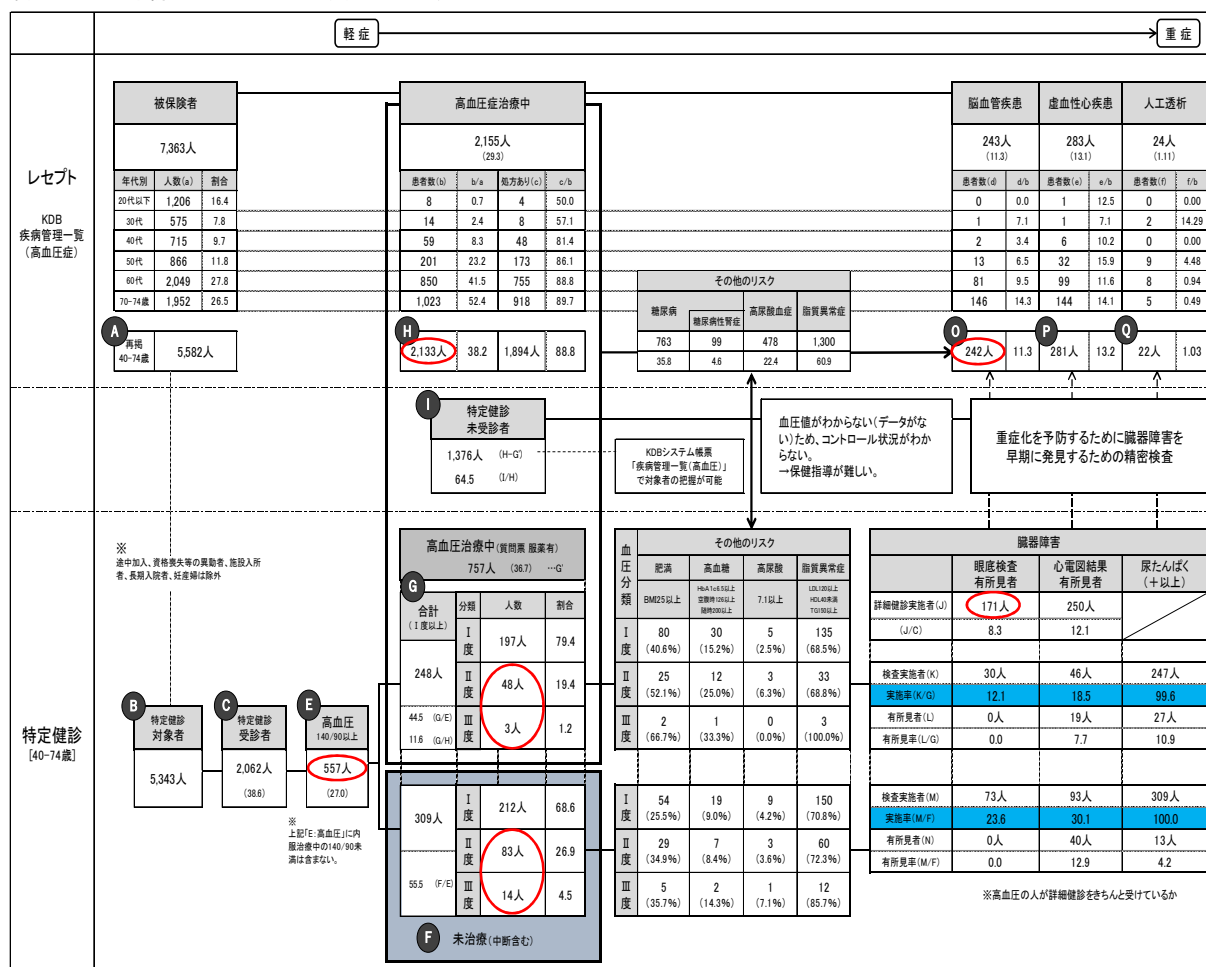
また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 51 人(6.7%)いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

重症化予防を目的とした臓器障害を早期に発見するための眼底検査(詳細検査)を、171 人(8.3%)が実施しています。眼底検査(詳細検査)の条件は、Ⅰ度高血圧以上となっていることから、557 人(27.0%・E)は、眼底検査の対象者です。引き続き、対象者への受診勧奨を行います。

図表 64 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和4年度



③ 保健指導対象者の明確化と優先順位

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子ですが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳・心・腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。そのため、健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し、対象者を明確にしていける必要があります。

図表 65 血圧に基づいた脳・心・血管のリスク

令和4年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

(参考)高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会
p49 表3-1 脳心血管病に対する予後影響因子
p50 表3-2 診療室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化
p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

血圧分類 (mmHg)		高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧
		130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	632	323 51.1%	212 33.5%	83 13.1%	14 2.2%
リスク第1層 予後影響因子がない	30	C 18 4.7%	B 10 4.7%	B 2 2.4%	A 0 0.0%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	366	C 180 57.9%	B 124 58.5%	A 52 62.7%	A 10 71.4%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	236	B 125 37.3%	A 78 36.8%	A 29 34.9%	A 4 28.6%

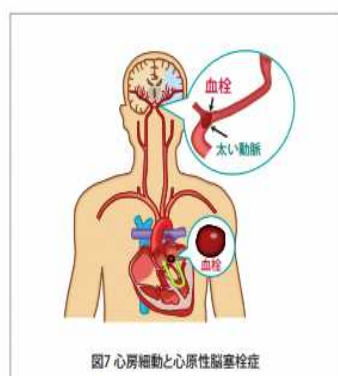
区分 該当者数

A	ただちに薬物療法を開始	173 27.4%
B	概ね1ヵ月後に再評価	261 41.3%
C	概ね3ヵ月後に再評価	198 31.3%

※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、またはHDL-C<40、LDL-C≥140、中性脂肪≥150(随時の場合は≥175)、non-HDL≥170のいずれかに該当した者で判断。
※2 糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖≥126、HbA1c≥6.5、随時血糖≥200のいずれかに該当した者で判断。
※3 脳血管病既往については、問診結果で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。
※4 非弁膜症性心房細動については、健診結果の「具体的な心電図所見」に「心房細動」が含まれている者で判断。
※5 尿蛋白については、健診結果より(±)以上で判断。

図表 65 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化の表です。降圧薬治療者を除いているため、高リスク群にあたるAについては、早急な受診勧奨が必要です。

③心電図検査における心房細動の実態



(脳卒中予防の提言より引用)

心原性脳塞栓症とは、心臓にできた血栓が血流にのって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高くなります。一方で、心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能です。

図表 66 は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況をみています。

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 66 心房細動有所見状況

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循環疫学調査 (※1)	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	927	1,135	101	10.9%	149	13.1%	2	2.0%	2	1.3%	--	--
40代	63	64	6	9.5%	2	3.1%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.04%
50代	90	101	12	13.3%	9	8.9%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	370	475	43	11.6%	66	13.9%	1	2.3%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	404	495	40	9.9%	72	14.5%	1	2.5%	2	2.8%	3.4%	1.1%

出典：ヘルスサポートラボツール

※1 日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有病率
日本循環器学会疫学調査の70～74歳の値は、70～79歳

心電図検査において、4人に心房細動の所見がありました。有所見率を見るとわずかですが、年齢が高くなるにつれ増加しています。

心房細動は脳梗塞のリスクであるため、医療機関の受診勧奨を行う必要があり、早期発見・早期介入するためにも、詳細健診該当者の心電図検査の受診勧奨を行います。

(3) 保健指導の実施

①受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては、対象者に応じた保健指導を行います。その際、保健指導教材を活用し、対象者がイメージしやすいように心がけます。治療が必要にもかかわらず、医療機関未受診である場合は受診勧奨を行います。また、過去に治療中であったにもかかわらず、中断していることが把握された場合も、同様に受診勧奨を行います。治療中であるがリスクがある場合は、医療機関と連携した保健指導を行います。

②対象者の管理

ア. 高血圧者の管理

過去の健診受診歴なども踏まえ、Ⅱ度高血圧以上を対象に血圧、服薬状況、糖尿病性腎症重症化予防の台帳及び特定保健指導対象者数の重なりを確認し、未治療者や中断者の把握に努め、受診勧奨を行っていきます。

イ. 心房細動者の管理

健診受診時の心電図検査において、心房細動が発見された場合は、医療機関への継続的な受診ができるように受診勧奨を行います。

(4) 医療との連携

脳血管疾患の重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い、必要時には、治療中の者へも血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していきます。医療の情報についてはかかりつけ医や対象者、KDB 等を活用しデータを収集していきます。

(5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、地域包括支援センター(福祉課地域包括支援係)と連携していきます。

(6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価については、データヘルス計画評価等と合わせ年 1 回行います。その際は、高血圧台帳と KDB 等の情報を活用します。

また、中長期的評価においては、他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて行っていきます。

(7) 実施期間及びスケジュール

- 4月 対象者の選定基準の決定
- 5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定
- 6月～ 特定健診結果が届き次第台帳に記載。
対象者へ健診前後で介入(通年)し、情報を台帳に記載。

3. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1) 基本的な考え方

高齢者の特性をふまえ、後期高齢者の自立した生活を実現し、健康寿命の延伸を図っていくためには、生活習慣病等の重症化を予防する取組みと、生活機能の低下を防止する取組みの双方を一体的に実施する必要性があるため、後期高齢者医療の保健事業と介護予防との一体的な実施に取り組めます。

2) 事業の実施

東御市は、令和4年度より長野県後期高齢者広域連合から、事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しています。

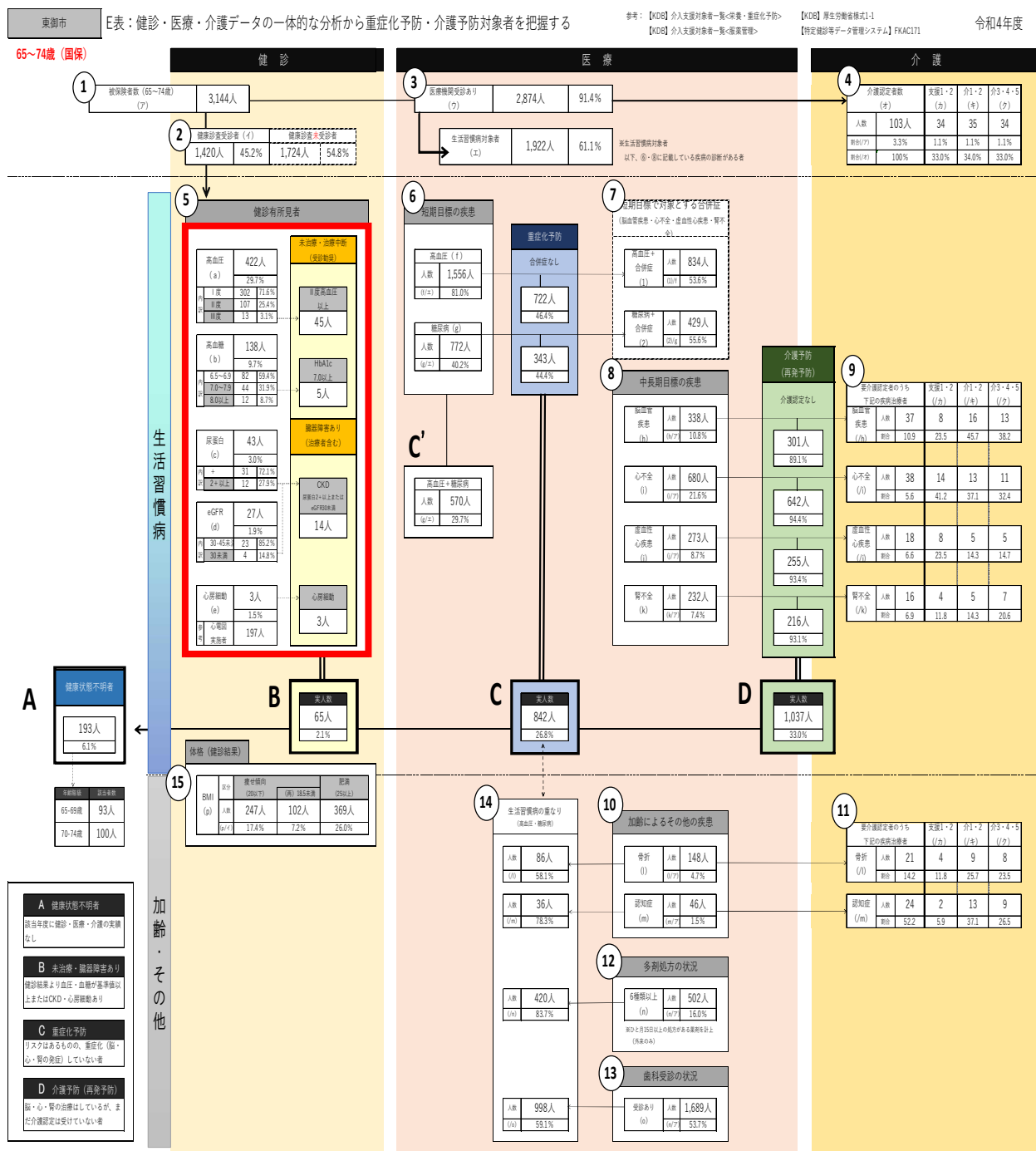
(1) 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置

KDB システム等を活用し、健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握し、医療・介護などの関係機関との連携調整を行います。

(2) 地域を担当する管理栄養士を配置

高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)を行います。75歳を過ぎても支援が途切れないよう、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のための軽度認知障害予防教室など健康教育や健康相談を実施していきます。(ポピュレーションアプローチ)

図表 67 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



4. 発症予防

生活習慣病が成人期の死亡と深く関連することから、現在の健康課題として肥満予防は重要な対策です。小児の肥満は、子どもたちの健康に大きな影響があるだけでなく、成人期の生活習慣病や、それに伴う動脈硬化症疾患の予防の視点から注目されています。そのため、生活習慣が確立していく小児期から、生活習慣病対策、特に肥満予防に取り組むことが、将来の発症予防として重要です。

東御市においては、健康増進法のもと妊産婦及び乳幼児期、成人のデータを保有しており、またデータヘルス計画の対象者は、被保険者全員であることから、データをライフサイクルの視点で見していきます。

図表 68 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

糖尿病（耐糖能異常）の問題を解決するためにライフサイクルで考える　　－基本的考え方－　　（ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました）																				
発症予防 重症化予防																				
1　根拠法 6条 健康増進事業実施者		健康増進法																		
		母子保健法 児童福祉法				学校保健安全法			労働安全衛生法 （学校職員は学校保健安全法）		高齢者の医療の確保に関する法律 （介護保険）									
2　計画		健康増進計画（県）（市町村努力義務）【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】 データヘルス計画【保健事業実施計画】（各保険者）																		
3　年代		妊婦 （胎児期）		産婦	0歳～5歳				6歳～14歳		15～18歳		～29歳　30歳～39歳		40歳～64歳		65歳～74歳		75歳以上	
4　健康診査 （根拠法）		妊婦健康診査 （13条）		産婦健診 （13条）	乳幼児健康診査 （第12・13条）			保育所・幼稚園健康診断	就学時健診 （11・12条）	児童・生徒の定期健康診断 （第1・13・14条）			定期健康診断 （第66条）		特定健康診査 （第18・20・21条）		後期高齢者健康診査 （第125条）			
		妊娠前	妊娠中	産後1年以内	乳児	1.6歳児	3歳児	保育園 / 幼稚園児	小学校	中学校	高等学校	労働安全衛生規則 （第13・44条）		標準的な特定健診・保健指導プログラム（第2章）						
5　対象者 健康 診断 内容		血糖	95mg/dl以上							空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上										
		HbA1c	6.5%以上							6.5%以上										
		50GCT	1時間値 140mg/dl以上																	
		75gOGTT	①空腹時92mg/dl以上 ②1時間値180mg/dl以上 ③2時間値153mg/dl以上																	
		（診断） 妊娠 糖尿病	空腹時126mg/dl以上 HbA1c6.5%以上 75OGTTの①～③の 1点以上満たすもの																	
		身長 体重																		
		BMI																		
		肥満度			かつ18以上	肥満度15%以上			肥満度20%以上											
		尿糖	(+) 以上				(+) 以上													
		糖尿病 家族歴																		

5. ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組めます。生活習慣病の重症化により、医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために、個人の実態と社会環境等について、広く市民へ周知します。東御市の特徴として高血糖や高血圧があることを、5地区単位の健康状況を学ぶ学習会で継続します。(図表 69・70)

図表 69

これまでの健康状況のふりかえり

- ・ 東御市は、急性心筋梗塞で亡くなる人の割合が高い。
- ・ 東御市は、血糖(HbA1c ヘモグロビンエーワンシー)要注意の人が多く(東御は“糖身”?)が、減少傾向にある・・・
- ・ 祢津の健診結果は、血糖で要注意の人が多い一方で、当初は、高血圧や肥満の人が少なかった・・・
- ・ 最近の健診結果から、肥満、高血糖、高血圧、脂質異常等生活習慣病関係の要注意者の割合が男女とも右肩上がり傾向が見られた。

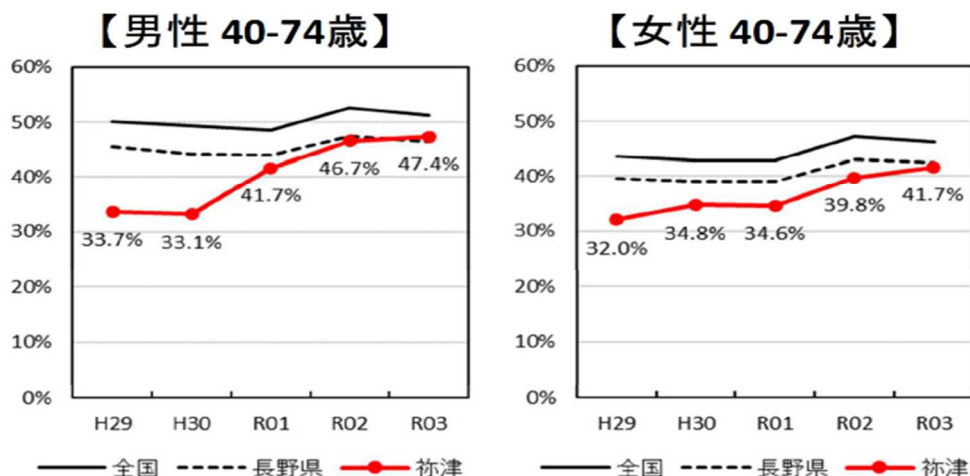
知らぬ間に重症化！が心配・・・



図表 70

高血圧要指導者割合 5年の変化

男女とも血圧上(下も)要指導者が右肩上がり △



第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の進捗確認のため、3年後の令和8年度に中間評価を行います。

また、最終年度の令和11年度においては、次期計画策定を円滑に行う準備も考慮し、評価を行います。

2. 評価方法・体制

保険者は、健診・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、保険者努力支援制度においても4つの指標での評価が求められています。

※評価における4つの指標

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。(予算等も含む) ・保健指導実施のための専門職の配置 ・KDB 活用環境の確保
プロセス (保健事業の実施過程)	・保健指導等の手順・教材はそろっているか ・必要なデータは入手できているか。 ・スケジュールどおり行われているか。
アウトプット (保健事業の実施量)	・特定健診受診率、特定保健指導率 ・計画した保健事業を実施したか。 ・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム (成果)	・設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)

具体的な評価方法は、国保データベース(KDB)システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、保健指導に係る保健師・栄養士等が、自身の地区担当の被保険者分について受診率・受療率、医療の動向等の確認を定期的に行います。

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価します。

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知りえるべきものとするのが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされています。

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知します。

2. 個人情報の取扱い

保険者等においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じます。

参考資料

参考資料 1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた東御市の位置

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料7 HbA1c の年次比較

参考資料8 血圧の年次比較

参考資料9 LDL-C の年次比較

参考資料 10 長野県共通評価指標及び共通情報データ一覧

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた東御市の位置

様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた東御市の位置

項目				保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)		
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	①	人口構成	総人口		30,105		9,014,657		2,008,244		123,214,261		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健康・医療・介護データからみる地域の健康課題	
			65歳以上(高齢化率)		9,333 31.0		3,263,279 36.2		646,942 32.2		35,335,805 28.7			
			75歳以上		4,700 15.6		— —		352,073 17.5		18,248,742 14.8			
			65～74歳		4,633 15.4		— —		294,869 14.7		17,087,063 13.9			
			40～64歳		10,204 33.9		— —		669,192 33.3		41,545,893 33.7			
	39歳以下		10,568 35.1		— —		692,110 34.5		46,332,563 37.6					
	②	産業構成	第1次産業		12.0		10.7		9.3		4.0		KDB_NO.3 健康・医療・介護データからみる地域の健康課題	
			第2次産業		32.7		27.3		29.2		25.0			
			第3次産業		55.3		62.0		61.6		71.0			
	③	平均寿命	男性		81.5		80.4		81.8		80.8		KDB_NO.1 地域全体での把握	
女性			87.4		86.9		87.7		87.0					
④	平均自立期間 (要介護2以上)	男性		81.2		79.7		81.1		80.1		KDB_NO.1 地域全体での把握		
		女性		85.5		84.3		85.2		84.4				
2	①	死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性		91.5		103.4		90.5		100		KDB_NO.1 地域全体での把握
				女性		97.2		101.4		93.8		100		
			死 因	がん		89 44.1		34,996 47.8		6,380 47.9		378,272 50.6		
				心臓病		72 35.6		21,437 29.3		3,679 27.6		205,485 27.5		
				脳疾患		28 13.9		10,886 14.9		2,307 17.3		102,900 13.8		
				糖尿病		4 2.0		1,391 1.9		238 1.8		13,896 1.9		
				腎不全		4 2.0		2,819 3.9		375 2.8		26,946 3.6		
				自殺		5 2.5		1,654 2.3		352 2.6		20,171 2.7		
	②	早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計		26 7.3		1,809 6.3		129,016 8.2		厚生省HP 人口動態調査			
			男性		18 9.8		1,157 8.2		84,891 10.6					
				女性		8 4.7		652 4.5		44,125 5.7				
	3	①	介護保険	1号認定者数(認定率)		1,703 18.0		619,810 19.1		113,468 17.7		6,724,030 19.4		KDB_NO.1 地域全体での把握
新規認定者				29 0.3		10,081 0.3		1,716 0.2		110,289 0.3				
介護度別 総件数				要支援1.2		5,427 13.3		1,984,426 14.3		412,294 13.8		21,785,044 12.9		
				要介護1.2		18,969 46.5		6,527,659 47.0		1,367,247 45.8		78,107,378 46.3		
				要介護3以上		16,410 40.2		5,384,278 38.7		1,208,489 40.4		68,963,503 40.8		
2号認定者		24 0.24		10,759 0.37		1,856 0.28		156,107 0.38		KDB_NO.1 地域全体での把握				
糖尿病		430 23.5		154,694 23.8		26,401 22.3		1,712,613 24.3						
高血圧症		1,063 58.2		352,398 54.8		65,433 55.6		3,744,672 53.3						
脂質異常症		549 29.8		203,112 31.2		36,610 30.6		2,308,216 32.6						
心臓病		1,216 67.4		397,324 61.9		74,350 63.3		4,224,628 60.3						
脳疾患		462 26.8		151,330 23.9		29,320 25.4		1,568,292 22.6						
がん		256 14.1		74,764 11.4		14,272 11.9		837,410 11.8						
筋・骨格		1,069 60.5		350,465 54.5		65,213 55.5		3,748,372 53.4						
精神		748 42.1		246,296 38.6		44,457 37.9		2,569,149 36.8						
③		介護給付費	一人当たり給付費/総給付費		287,173 2,680,181,564		300,230 979,734,915,124		288,366 1,865,555,887,417		290,668 1,837,427,422,689		KDB_NO.1 地域全体での把握	
			1件当たり給付費(全体)		65,681 70,503		62,434 59,662							
			居宅サービス		40,238 43,936		40,752 41,272							
			施設サービス		291,382 291,914		287,007 296,364							
④		医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)		認定あり 認定なし		8,617 9,043		8,534 8,610		8,610 4,020		KDB_NO.1 地域全体での把握	
4	①	国保の状況	被保険者数		6,307 2,020,054		443,378 27,488,882		11,129,271 9,088,015		KDB_NO.1 地域全体での把握 KDB_NO.5 被保険者の状況			
			65～74歳		3,064 48.6		200,162 45.1		11,129,271 40.5					
			40～64歳		1,954 31.0		142,060 32.0		9,088,015 33.1					
			39歳以下		1,289 20.4		101,156 22.8		7,271,596 26.5					
	加入率		21.0 22.4		22.1 22.3									
	②	医療の概況 (人口千対)	病院数		2 0.3		873 0.4		126 0.3		8,237 0.3			
			診療所数		12 1.9		7,141 3.5		1,564 3.5		102,599 3.7			
			病床数		161 25.5		136,833 67.7		23,133 52.2		1,507,471 54.8			
			医師数		31 4.9		19,511 9.7		5,217 11.8		339,611 12.4			
			外来患者数		691.1 728.3		691.5 687.8							
			入院患者数		17.4 23.6		17.6 17.7							
	③	医療費の 状況	一人当たり医療費		332,097 県内50位 同規模263位		394,521 339,076		339,680 705,439		KDB_NO.3 健康・医療・介護データからみる地域の健康課題			
			受診率		708.57 751.942		709.111 705.439							
			外 来	費用の割合		63.9 56.7		61.1 60.4						
				件数の割合		97.5 96.9		97.5 97.5						
			入 院	費用の割合		36.1 43.3		38.9 39.6						
				件数の割合		2.5 3.1		2.5 2.5						
			1件あたり在院日数		15.7日 17.1日		15.6日 15.7日							

項目				保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)		
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
4	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源傷病名 (調剤含む)	がん	280,317,000	25.5	31.3		30.8		32.2	KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題			
			慢性腎不全(透析あり)	80,154,470	7.3	7.5		8.1		8.2				
			糖尿病	126,694,680	11.5	10.8		10.7		10.4				
			高血圧症	66,955,510	6.1	6.3		6.1		5.9				
			脂質異常症	46,785,810	4.2	3.8		4.0		4.1				
			脳梗塞・脳出血	61,128,570	5.6	3.9		4.0		3.9				
			狭心症・心筋梗塞	20,811,990	1.9	2.6		2.3		2.8				
			精神	225,631,640	20.5	16.2		15.8		14.7				
			筋・骨格	182,605,460	16.6	16.7		17.2		16.7				
	⑤	医療費分析 一人当たり医療費/入院医療費に占める割合	入院	高血圧症	754	0.6	380	0.2	296	0.2	256	0.2	KDB_NO.43 疾病別医療費分析(中分類)	
				糖尿病	1,249	1.0	1,531	0.9	1,102	0.8	1,144	0.9		
				脂質異常症	167	0.1	89	0.1	72	0.1	53	0.0		
				脳梗塞・脳出血	8,924	7.4	7,151	4.2	6,367	4.8	5,993	4.5		
				虚血性心疾患	2,163	1.8	4,385	2.6	3,421	2.6	3,942	2.9		
				腎不全	1,893	1.6	4,815	2.8	3,574	2.7	4,051	3.0		
		医療費分析 一人当たり医療費/外来医療費に占める割合	外来	高血圧症	9,863	4.6	13,011	5.8	10,819	5.2	10,143	4.9		
				糖尿病	19,114	9.0	22,014	9.8	18,772	9.1	17,720	8.6		
				脂質異常症	7,251	3.4	7,959	3.6	7,200	3.5	7,092	3.5		
				脳梗塞・脳出血	768	0.4	1,056	0.5	847	0.4	825	0.4		
				虚血性心疾患	1,635	0.8	1,975	0.9	1,629	0.8	1,722	0.8		
				腎不全	16,415	7.7	18,492	8.3	16,616	8.0	15,781	7.7		
	⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	1,779		2,592		2,630		2,031	KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題		
				健診未受診者	11,866		13,920		12,517		13,295			
			生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	5,702		7,237		7,685		6,142			
				健診未受診者	38,024		38,862		36,574		40,210			
	⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者		1,103	55.5	345,730	57.5	75,163	54.2	3,835,832	57.0	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
				医療機関受診率	987	49.7	313,063	52.0	67,600	48.8	3,501,508	52.0		
				医療機関非受診率	116	5.8	32,667	5.4	7,563	5.5	334,324	5.0		
5	①	特定健診の 状況 県内市町村数 79市町村 同規模市区町村数 280市町村 メタボ該当・予備群レベル	健診受診者		1,986		601,639		138,602		6,735,405	KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	②		受診率	43.9		県内60位 同規模90位	40.4		44.5	全国7位	36.7			
	③		特定保健指導終了者(実施率)	130	62.8	15566	22.8	2,089	14.0	91,478	11.5			
	④		非肥満高血糖	181	9.1	64,197	10.7	12,056	8.7	608,503	9.0			
	⑤		メタボ	該当者	420	21.1	127,981	21.3	26,019	18.8	1,366,220		20.3	
				男性	299	33.5	88,474	32.7	18,538	29.0	953,975		32.0	
				女性	121	11.1	39,507	11.9	7,481	10.0	412,245		11.0	
				予備群	203	10.2	65,260	10.8	14,636	10.6	756,692		11.2	
	⑥		男性		141	15.8	45,668	16.9	10,693	16.7	533,553		17.9	
				女性	62	5.7	19,592	5.9	3,943	5.3	223,139		5.9	
	⑦		メタボ該当・予備群レベル	腹囲	総数	683	34.4	211,082	35.1	45,441	32.8		2,352,941	34.9
	男性				471	52.7	146,298	54.0	32,710	51.1	1,646,925		55.3	
	女性				212	19.4	64,784	19.6	12,731	17.1	706,016		18.8	
	総数				96	4.8	31,765	5.3	6,274	4.5	316,378		4.7	
	⑧			BMI	男性	13	1.5	4,968	1.8	1,095	1.7		50,602	1.7
					女性	83	7.6	26,797	8.1	5,179	6.9		265,776	7.1
	⑨			血糖のみ	7	0.4	4,020	0.7	821	0.6	43,022		0.6	
	⑩			血圧のみ	155	7.8	46,733	7.8	9,685	7.0	533,361		7.9	
	⑪			脂質のみ	41	2.1	14,507	2.4	4,130	3.0	180,309		2.7	
⑫	血糖・血圧	66		3.3	19,961	3.3	3,543	2.6	200,700	3.0				
⑬	血糖・脂質	22		1.1	6,610	1.1	1,428	1.0	69,468	1.0				
⑭	血圧・脂質	190		9.6	58,126	9.7	12,844	9.3	651,885	9.7				
⑮	血糖・血圧・脂質	142	7.2	43,284	7.2	8,204	5.9	444,167	6.6					
6	①	問診の状況	服薬	高血圧	727	36.6	235,433	39.1	48,152	34.7	2,401,322	35.7	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
				糖尿病	183	9.2	59,612	9.9	11,925	8.6	582,344	8.6		
				脂質異常症	550	27.7	175,568	29.2	38,780	28.0	1,877,854	27.9		
			既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	51	2.6	19,102	3.3	4,150	3.1	205,223	3.1		
				心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	108	5.4	34,697	5.9	7,181	5.4	361,423	5.5		
				腎不全	17	0.9	5,359	0.9	964	0.7	53,281	0.8		
				貧血	205	10.3	58,132	10.0	12,221	9.3	694,361	10.7		
6	③	生活習慣の 状況	喫煙	217	10.9	77,562	12.9	18,224	13.2	927,614	13.8	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
			週3回以上朝食を抜く	106	6.1	44,667	7.9	10,174	8.2	633,871	10.3			
			週3回以上食後間食(～H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0			
			週3回以上就寝前夕食(H30～)	251	14.5	85,374	15.0	19,058	15.4	964,244	15.7			
			週3回以上就寝前夕食	251	14.5	85,374	15.0	19,058	15.4	964,244	15.7			
			食べる速度が速い	371	21.4	152,554	26.8	30,736	24.8	1,640,770	26.8			
			20歳時体重から10kg以上増加	574	33.1	197,783	34.7	39,668	31.9	2,149,988	34.9			
			1回30分以上運動習慣なし	1,061	61.3	356,755	62.7	80,694	64.9	3,707,647	60.4			
			1日1時間以上運動なし	730	42.1	270,288	47.3	56,114	45.2	2,949,573	48.0			
			睡眠不足	417	24.0	142,775	25.0	30,732	24.8	1,569,769	25.6			
			毎日飲酒	420	21.2	147,614	25.4	33,339	25.3	1,639,941	25.5			
			時々飲酒	460	23.2	119,206	20.5	31,286	23.8	1,446,573	22.5			
			⑭	一日飲酒量	1合未満	371	47.5	236,347	62.8	39,531	54.6		2,944,274	64.2
					1～2合	283	36.2	94,518	25.1	22,401	30.9		1,088,435	23.7
2～3合	105	13.4			35,904	9.5	8,199	11.3	428,995	9.3				
3合以上	22	2.8			9,402	2.5	2,306	3.2	126,993	2.8				

① 40～64 歳(国保)



② 65～74 歳(国保)

令和4年度

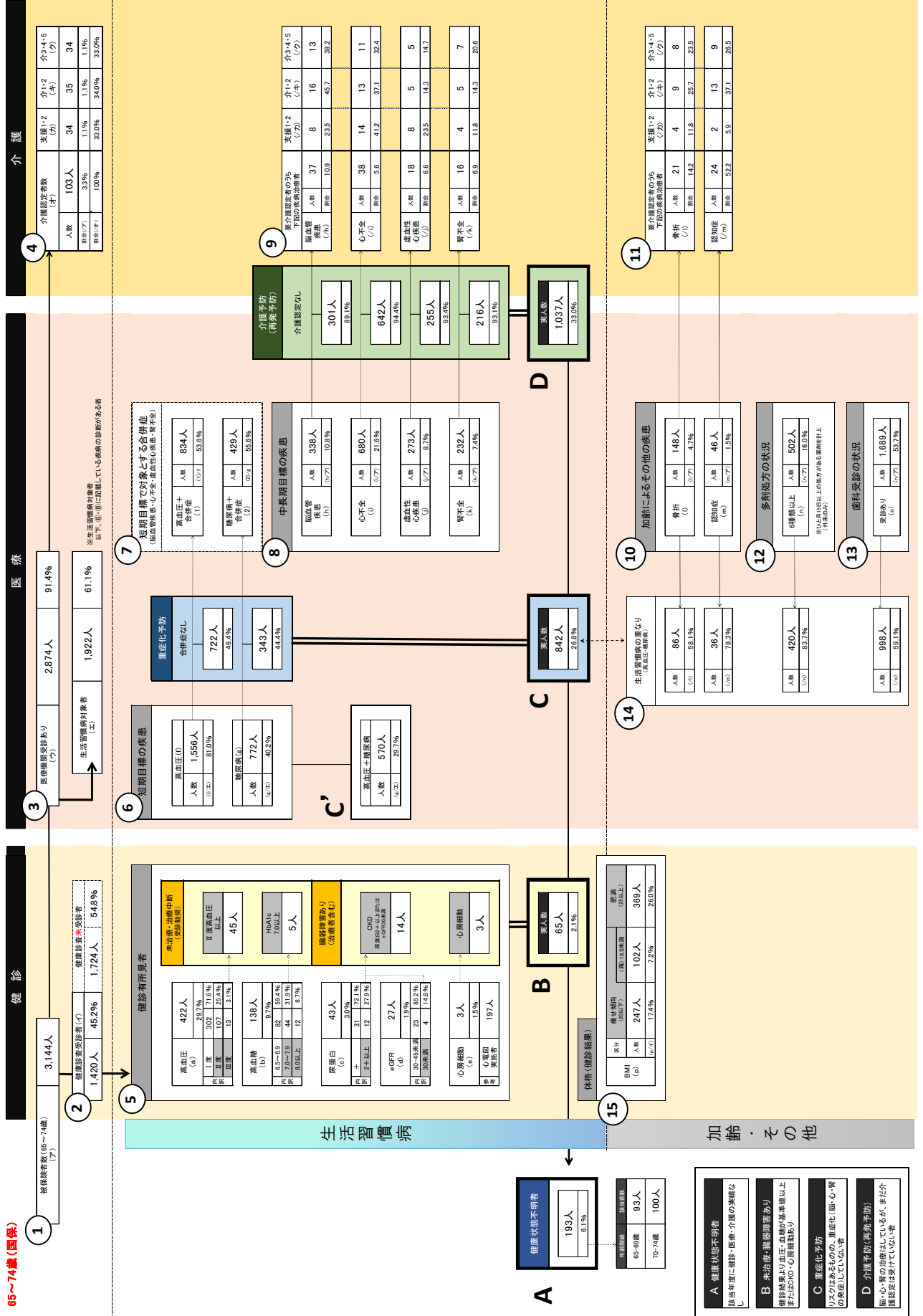
【KOB】厚生労働省様式1-1
【特定保健指導等一斉管理システム】PKAC171

参考: 【KOB】介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防)
【KOB】介入支援対象者一覧(健康・介護)

E表: 健診・医療・介護データの体系的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握する

東海市

65～74歳(国保)



④ 75歳以上(後期)

令和4年度

【注】(1) 介護予防・生活習慣病予防
【注】(2) 介護予防・生活習慣病予防
【注】(3) 介護予防・生活習慣病予防

参考: 【注】(1) 介護予防・生活習慣病予防
【注】(2) 介護予防・生活習慣病予防
【注】(3) 介護予防・生活習慣病予防

E表: 健康・医療・介護データの体系的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握する

75歳以上(後期)



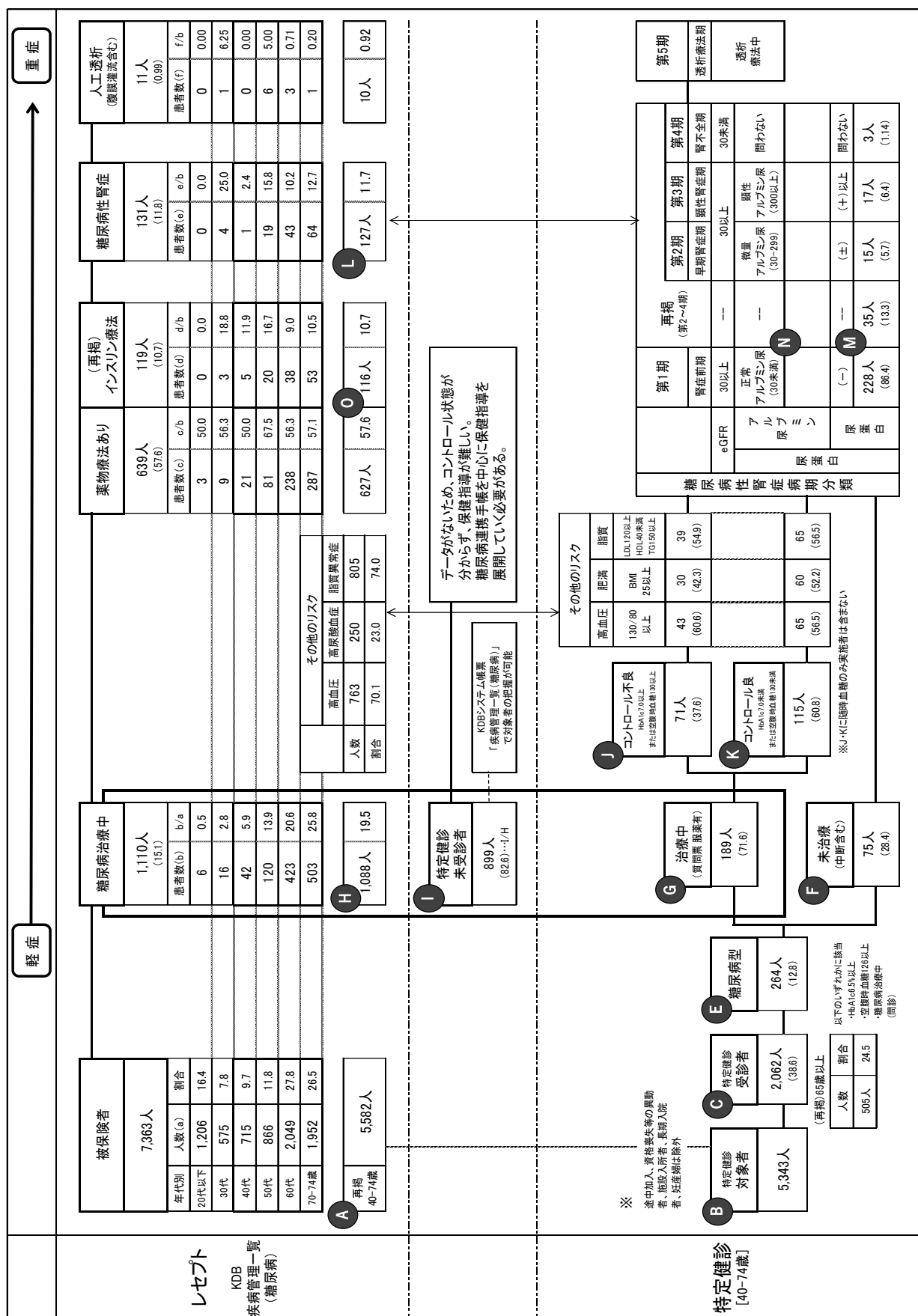
参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

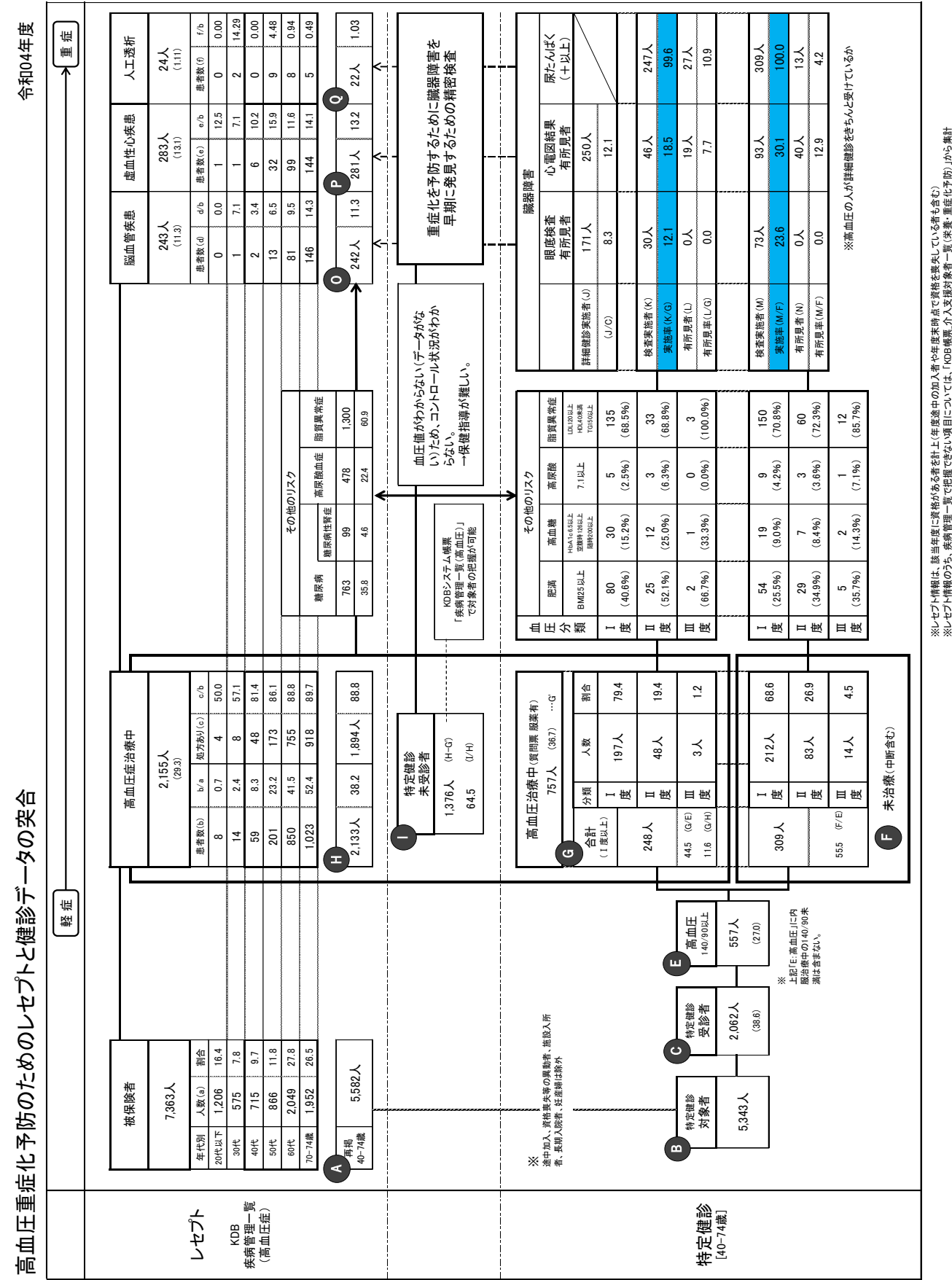
項目			突合表	東御市										同規模保険者(平均)		データ基		
				H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度				
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	①	被保険者数	A	7,274人		7,041人		6,867人		6,775人		6,618人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
	②	(再掲) 40~74歳		5,685人		5,548人		5,435人		5,415人		5,273人						
2	①	対象者数	B	5,054人		4,921人		4,900人		4,797人		4,870人				市町村国保 特定健康診査・特定保健 指導状況概況報告書		
	②	特定健診 受診者数	C	2,386人		2,210人		2,060人		2,096人		2,062人						
	③	受診率		47.2%		44.9%		42.0%		43.7%		42.3%						
3	①	特定 保健指導 対象者数		235人		195人		160人		267人		281人						
	②	実施率		53.1%		60.3%		60.3%		59.1%		53.6%						
4	①	健診 データ	糖尿病型	E	286人	12.0%	287人	13.0%	267人	13.0%	263人	12.5%	264人	12.8%		特定健診結果		
	②		未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	101人	35.3%	82人	28.6%	76人	28.5%	76人	28.9%	75人	28.4%				
	③		治療中(質問票 服薬あり)	G	185人	64.7%	205人	71.4%	191人	71.5%	187人	71.1%	189人	71.6%				
	④		コントロール不良 HbA1c7.0以上かつ空腹時血糖(180以上)	J	75人		97人		87人		87人		71人					
	⑤		血圧 130/80以上		37人		59人		53人		66人		43人					
	⑥		肥満 BMI25以上	K	38人		41人		45人		41人		30人					
	⑦		コントロール良好 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖(180未満)		110人		108人		104人		100人		118人					
	⑧		第1期 尿蛋白(ー)	M	239人		233人		232人		225人		228人					
	⑨		第2期 尿蛋白(±)		24人		35人		13人		24人		15人					
	⑩		第3期 尿蛋白(+)以上		18人		18人		22人		12人		17人					
	⑪		第4期 eGFR30未満		4人		1人		0人		0人		3人					
5	①	レセプト	糖尿病受療率(被保険者千対)		108.6人		108.4人		99.6人		106.4人		107.3人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	②		(再掲) 40~74歳(被保険者千対)		137.9人		136.3人		124.9人		131.3人		133.3人					
	③		レセプト件数 (40~74歳) (1件128円50銭)	入院外(件数)			4,047件 (752.5)		3,931件 (729.9)		3,966件 (754.6)		3,839件 (765.0)		1,557,522件 (951.6)		KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)	
	④		入院(件数)				27件 (5.0)		25件 (4.6)		17件 (3.2)		18件 (3.6)		7,406件 (4.5)			
	⑤		糖尿病治療中	H	790人		763人		684人		721人		710人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	⑥		(再掲) 40~74歳		784人		756人		679人		711人		703人					
	⑦		健診未受診者	I	599人		571人		488人		524人		514人					
	⑧		インスリン治療	O	64人		70人		54人		57人		54人					
	⑨		(再掲) 40~74歳		63人		69人		52人		54人		53人					
	⑩		糖尿病性腎症	L	87人		82人		68人		67人		79人					
	⑪		(再掲) 40~74歳		86人		80人		67人		65人		78人					
	⑫		慢性人工透析患者数 (療養施設療養中に在る者数)		11人		14人		12人		15人		8人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期	
	⑬		(再掲) 40~74歳		11人		14人		12人		14人		8人					
	⑭		新規透析患者数		8		5		6		5		4					
	⑮		(再掲) 糖尿病性腎症		4		2		4		2							
	⑯		【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (療養施設療養中に在る者数)		19人		23人		19人									
6	①	医療費	総医療費		22億5661万円		22億7225万円		21億4544万円		23億8644万円		20億9454万円		28億4626万円		KDB 健診・医療・介護データから みえる地域の健康課題	
	②		生活習慣病総医療費		12億1559万円		12億2027万円		11億9513万円		13億2898万円		11億0106万円		19億3700万円			
	③		(総医療費に占める割合)		53.9%		53.7%		55.7%		55.7%		52.6%		54.0%			
	④		生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者		6,464円		5,050円		4,339円		6,162円		5,702円		7,237円		
	⑤		健診未受診者		37,951円		40,939円		43,059円		43,770円		38,024円		38,862円			
	⑥		糖尿病医療費		1億4616万円		1億3132万円		1億3025万円		1億3063万円		1億2669万円		1億6596万円			
	⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)		12.0%		10.8%		10.9%		9.8%		11.5%		10.8%			
	⑧		糖尿病入院外総医療費		3億8034万円		3億9847万円		3億9682万円		4億1753万円		3億5578万円					
	⑨		1件あたり		37,973円		40,474円		41,687円		43,129円		38,157円					
	⑩		糖尿病入院総医療費		1億6456万円		1億8150万円		1億6652万円		2億2469万円		1億8761万円					
	⑪		1件あたり		507,901円		565,414円		588,402円		651,286円		609,125円					
	⑫		在院日数		15日		15日		15日		16日		15日					
	⑬		慢性腎不全医療費		8263万円		1億0310万円		9014万円		9940万円		8419万円		1億2396万円			
	⑭		透析有り		7755万円		9822万円		8643万円		9530万円		8015万円		1億1532万円			
	⑮		透析なし		506万円		488万円		371万円		410万円		403万円		863万円			
7	①	介護	介護給付費		24億9753万円		24億9558万円		25億9158万円		26億7883万円		26億8018万円		34億9905万円			
	②		(2号認定者)生活習慣病合併症		2件 13.3%		1件 8.3%		1件 9.1%		2件 12.5%		4件 25.0%					
8	①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)		2人 0.6%		4人 1.2%		2人 0.6%		5人 1.5%		4人 1.1%		2,819人 1.0%		KDB_保健・医療・介護データ からみえる地域の健康課題	

糖尿病重症化予防のためのシセプトと健診データの実合

令和04年度

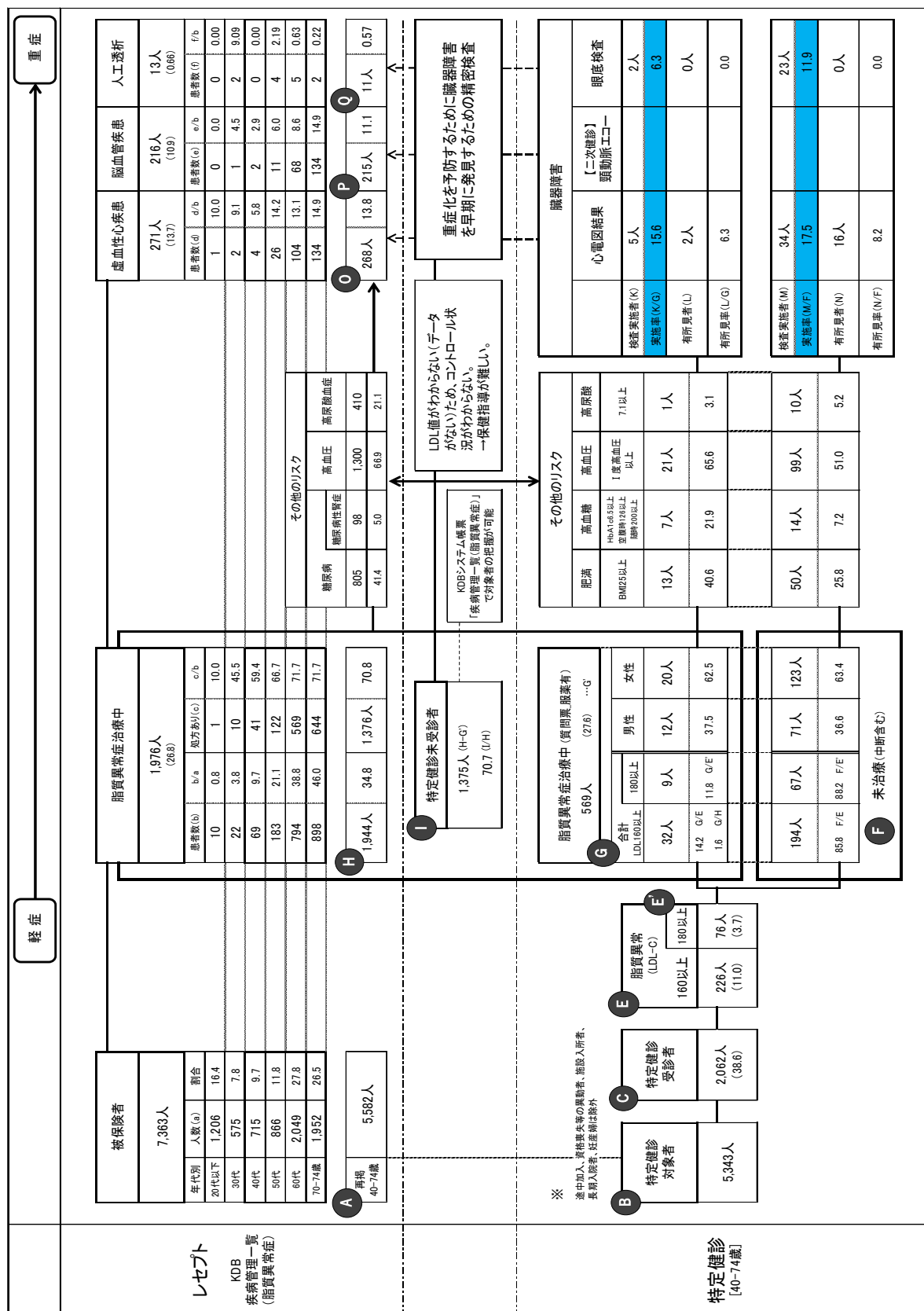


※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上（年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む）
※レセプト情報は、疾病管理一覽で把握できない項目については、「KDB帳票 介入支援対象者一覽（栄養・重症化予防）」から集計



脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの実合

令和04年度



※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上（年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む）

※レセプト情報のうち、疾病管理一覽で把握できない項目については、KDB帳票「介入支援対象者一覽（栄養・重症化予防）」から集計

参考資料7 HbA1cの年次比較

HbA1cの年次計画

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲				
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない	糖尿病											
							合併症予防のための目標		最低限度達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる							
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A		
H29	2,393	789	33.0%	967	40.4%	401	16.8%	126	5.3%	88	3.7%	22	0.9%	64	2.7%	16	0.7%	
H30	2,337	868	37.1%	904	38.7%	362	15.5%	118	5.0%	64	2.7%	21	0.9%	51	2.2%	8	0.3%	
R01	2,164	790	36.5%	839	38.8%	336	15.5%	102	4.7%	78	3.6%	19	0.9%	40	1.8%	15	0.7%	
R02	2,011	645	32.1%	826	41.1%	349	17.4%	95	4.7%	72	3.6%	24	1.2%	51	2.5%	13	0.6%	
R03	2,039	832	40.8%	714	35.0%	327	16.0%	75	3.7%	63	3.1%	28	1.4%	55	2.7%	17	0.8%	
R04	2,009	802	39.9%	706	35.1%	321	16.0%	102	5.1%	60	3.0%	18	0.9%	43	2.1%	11	0.5%	

HbA1c6.5%以上及び HbA1c7.0%以上の状況

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5以上												
					再)7.0以上	再掲											
						未治療	治療										
H29	2,393	789 33.0%	967 40.4%	401 16.8%	236	78	158										
					9.9%	33.1%	66.9%										
H30	2,337	868 37.1%	904 38.7%	362 15.5%	110	29	81										
					4.6%	26.4%	73.6%										
R01	2,164	790 36.5%	839 38.8%	336 15.5%	199	68	131										
					9.2%	34.2%	65.8%										
R02	2,011	645 32.1%	826 41.1%	349 17.4%	97	21	76										
					4.5%	21.6%	78.4%										
R03	2,039	832 40.8%	714 35.0%	327 16.0%	191	66	125										
					9.5%	34.6%	65.4%										
R04	2,009	802 39.9%	706 35.1%	321 16.0%	96	29	67										
					4.8%	30.2%	69.8%										
R03	2,039	832 40.8%	714 35.0%	327 16.0%	166	61	105										
					8.1%	36.7%	63.3%										
R04	2,009	802 39.9%	706 35.1%	321 16.0%	91	21	70										
					4.5%	23.1%	76.9%										
R04	2,009	802 39.9%	706 35.1%	321 16.0%	180	64	116										
					9.0%	35.6%	64.4%										
R04	2,009	802 39.9%	706 35.1%	321 16.0%	78	20	58										
					3.9%	25.6%	74.4%										

治療と未治療の状況

		HbA1c測定		正常		保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲			
						正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病											
										合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる							
				5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上			
				A		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
治療中	H29	234	9.8%	4	1.7%	17	7.3%	55	23.5%	77	32.9%	67	28.6%	14	6.0%	47	20.1%	10	4.3%		
	H30	184	7.9%	2	1.1%	17	9.2%	46	25.0%	58	31.5%	45	24.5%	16	8.7%	38	20.7%	7	3.8%		
	R01	203	9.4%	1	0.5%	17	8.4%	54	26.6%	55	27.1%	61	30.0%	15	7.4%	35	17.2%	12	5.9%		
	R02	189	9.4%	0	0.0%	13	6.9%	51	27.0%	58	30.7%	51	27.0%	16	8.5%	37	19.6%	7	3.7%		
	R03	181	8.9%	3	1.7%	18	9.9%	55	30.4%	35	19.3%	51	28.2%	19	10.5%	42	23.2%	12	6.6%		
	R04	183	9.1%	4	2.2%	18	9.8%	45	24.6%	58	31.7%	47	25.7%	11	6.0%	33	18.0%	6	3.3%		
治療なし	H29	2,159	90.2%	785	36.4%	950	44.0%	346	16.0%	49	2.3%	21	1.0%	8	0.4%	17	0.8%	6	0.3%		
	H30	2,153	92.1%	866	40.2%	887	41.2%	316	14.7%	60	2.8%	19	0.9%	5	0.2%	13	0.6%	1	0.0%		
	R01	1,961	90.6%	789	40.2%	822	41.9%	282	14.4%	47	2.4%	17	0.9%	4	0.2%	5	0.3%	3	0.2%		
	R02	1,822	90.6%	645	35.4%	813	44.6%	298	16.4%	37	2.0%	21	1.2%	8	0.4%	14	0.8%	6	0.3%		
	R03	1,858	91.1%	829	44.6%	696	37.5%	272	14.6%	40	2.2%	12	0.6%	9	0.5%	13	0.7%	5	0.3%		
	R04	1,826	90.9%	798	43.7%	688	37.7%	276	15.1%	44	2.4%	13	0.7%	7	0.4%	10	0.5%	5	0.3%		

参考資料8 血圧の年次比較

血圧の年次比較

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
H29	2,434	875	35.9%	427	17.5%	632	26.0%	413	17.0%	71	2.9%	16	0.7%
H30	2,386	858	36.0%	402	16.8%	553	23.2%	428	17.9%	117	4.9%	28	1.2%
R01	2,210	715	32.4%	349	15.8%	584	26.4%	420	19.0%	124	5.6%	18	0.8%
R02	2,060	621	30.1%	321	15.6%	546	26.5%	443	21.5%	108	5.2%	21	1.0%
R03	2,096	652	31.1%	327	15.6%	568	27.1%	413	19.7%	112	5.3%	24	1.1%
R04	2,062	646	31.3%	288	14.0%	571	27.7%	409	19.8%	131	6.4%	17	0.8%

Ⅱ度高血圧以上及びⅢ度高血圧以上の状況

年度	健診 受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上								
					再)Ⅲ度高血圧	再掲							
						未治療	治療						
H29	2,434	1,302 53.5%	632 26.0%	413 17.0%	87 3.6%	44 50.6%	43 49.4%						
					16 0.7%	9 56.3%	7 43.8%	0.7%					
								3.6%					
H30	2,386	1,260 52.8%	553 23.2%	428 17.9%	145 6.1%	87 60.0%	58 40.0%						
					28 1.2%	24 85.7%	4 14.3%	1.2%					
								6.1%					
R01	2,210	1,064 48.1%	584 26.4%	420 19.0%	142 6.4%	81 57.0%	61 43.0%						
					18 0.8%	9 50.0%	9 50.0%	0.8%					
								6.4%					
R02	2,060	942 45.7%	546 26.5%	443 21.5%	129 6.3%	83 64.3%	46 35.7%						
					21 1.0%	14 66.7%	7 33.3%	1.0%					
								6.3%					
R03	2,096	979 46.7%	568 27.1%	413 19.7%	136 6.5%	79 58.1%	57 41.9%						
					24 1.1%	15 62.5%	9 37.5%	1.1%					
								6.5%					
R04	2,062	934 45.3%	571 27.7%	409 19.8%	148 7.2%	97 65.5%	51 34.5%						
					17 0.8%	14 82.4%	3 17.6%	0.8%					
								7.2%					

治療と未治療の状況

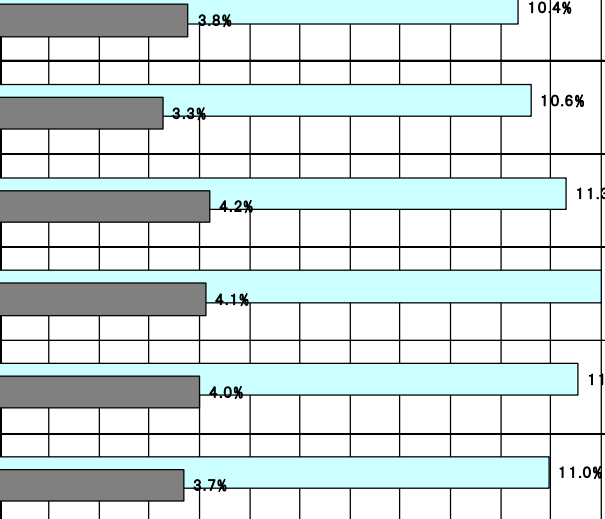
	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		B	B/A	C	C/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
治療中	H29	869	35.7%	200	23.0%	173	19.9%	253	29.1%	200	23.0%	36	4.1%
	H30	807	33.8%	191	23.7%	153	19.0%	216	26.8%	189	23.4%	54	6.7%
	R01	761	34.4%	144	18.9%	117	15.4%	245	32.2%	194	25.5%	52	6.8%
	R02	745	36.2%	131	17.6%	117	15.7%	243	32.6%	208	27.9%	39	5.2%
	R03	750	35.8%	147	19.6%	124	16.5%	233	31.1%	189	25.2%	48	6.4%
	R04	757	36.7%	146	19.3%	115	15.2%	248	32.8%	197	26.0%	48	6.3%
治療なし	H29	1,565	64.3%	675	43.1%	254	16.2%	379	24.2%	213	13.6%	35	2.2%
	H30	1,579	66.2%	667	42.2%	249	15.8%	337	21.3%	239	15.1%	63	4.0%
	R01	1,449	65.6%	571	39.4%	232	16.0%	339	23.4%	226	15.6%	72	5.0%
	R02	1,315	63.8%	490	37.3%	204	15.5%	303	23.0%	235	17.9%	69	5.2%
	R03	1,346	64.2%	505	37.5%	203	15.1%	335	24.9%	224	16.6%	64	4.8%
	R04	1,305	63.3%	500	38.3%	173	13.3%	323	24.8%	212	16.2%	83	6.4%

参考資料9 LDLコレステロールの年次比較

LDL コレステロールの年次比較

		LDL 測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
			120未満		120～139		140～159		160～179		180以上	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
			A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F
総数	H29	2,434	1,161	47.7%	640	26.3%	381	15.7%	160	6.6%	92	3.8%
	H30	2,386	1,101	46.1%	612	25.6%	420	17.6%	175	7.3%	78	3.3%
	R01	2,210	955	43.2%	617	27.9%	388	17.6%	157	7.1%	93	4.2%
	R02	2,060	866	42.0%	554	26.9%	393	19.1%	162	7.9%	85	4.1%
	R03	2,096	935	44.6%	551	26.3%	368	17.6%	158	7.5%	84	4.0%
	R04	2,062	959	46.5%	541	26.2%	336	16.3%	150	7.3%	76	3.7%
男性	H29	1,079	578	53.6%	266	24.7%	151	14.0%	49	4.5%	35	3.2%
	H30	1,046	517	49.4%	258	24.7%	176	16.8%	66	6.3%	29	2.8%
	R01	959	457	47.7%	266	27.7%	153	16.0%	51	5.3%	32	3.3%
	R02	920	415	45.1%	247	26.8%	157	17.1%	70	7.6%	31	3.4%
	R03	945	464	49.1%	244	25.8%	144	15.2%	70	7.4%	23	2.4%
	R04	927	473	51.0%	233	25.1%	138	14.9%	55	5.9%	28	3.0%
女性	H29	1,355	583	43.0%	374	27.6%	230	17.0%	111	8.2%	57	4.2%
	H30	1,340	584	43.6%	354	26.4%	244	18.2%	109	8.1%	49	3.7%
	R01	1,251	498	39.8%	351	28.1%	235	18.8%	106	8.5%	61	4.9%
	R02	1,140	451	39.6%	307	26.9%	236	20.7%	92	8.1%	54	4.7%
	R03	1,151	471	40.9%	307	26.7%	224	19.5%	88	7.6%	61	5.3%
	R04	1,135	486	42.8%	308	27.1%	198	17.4%	95	8.4%	48	4.2%

LDL コレステロール 160mg/dl 以上及び LDL コレステロール 180mg/dL 以上の状況

年度	健診 受診者	120未満	120～139	140～159	160以上						
					再)180以上	再掲					
						未治療	治療				
H29	2,434	1,161 47.7%	640 26.3%	381 15.7%	252	227	25		10.4%		
					92	82	10				
					3.8%	89.1%	10.9%				
H30	2,386	1,101 46.1%	612 25.6%	420 17.6%	253	233	20				
					78	74	4				
					3.3%	94.9%	5.1%				
R01	2,210	955 43.2%	617 27.9%	388 17.6%	250	236	14				
					93	87	6				
					4.2%	93.5%	6.5%				
R02	2,060	866 42.0%	554 26.9%	393 19.1%	247	223	24				
					85	77	8				
					4.1%	90.6%	9.4%				
R03	2,096	935 44.6%	551 26.3%	368 17.6%	242	207	35				
					84	73	11				
					4.0%	86.9%	13.1%				
R04	2,062	959 46.5%	541 26.2%	336 16.3%	226	194	32				
					76	67	9				
					3.7%	88.2%	11.8%				

治療と未治療の状況

		LDL測定者		正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
				120未満		120～139		140～159		160～179		180以上	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		A		B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
治療中	H29	583	24.0%	379	65.0%	127	21.8%	52	8.9%	15	2.6%	10	1.7%
	H30	556	23.3%	370	66.5%	115	20.7%	51	9.2%	16	2.9%	4	0.7%
	R01	543	24.6%	342	63.0%	126	23.2%	61	11.2%	8	1.5%	6	1.1%
	R02	548	26.6%	327	59.7%	126	23.0%	71	13.0%	16	2.9%	8	1.5%
	R03	570	27.2%	352	61.8%	120	21.1%	63	11.1%	24	4.2%	11	1.9%
治療なし	R04	569	27.6%	347	61.0%	140	24.6%	50	8.8%	23	4.0%	9	1.6%
	H29	1,851	76.0%	782	42.2%	513	27.7%	329	17.8%	145	7.8%	82	4.4%
	H30	1,830	76.7%	731	39.9%	497	27.2%	369	20.2%	159	8.7%	74	4.0%
	R01	1,667	75.4%	613	36.8%	491	29.5%	327	19.6%	149	8.9%	87	5.2%
	R02	1,512	73.4%	539	35.6%	428	28.3%	322	21.3%	146	9.7%	77	5.1%
	R03	1,526	72.8%	583	38.2%	431	28.2%	305	20.0%	134	8.8%	73	4.8%
	R04	1,493	72.4%	612	41.0%	401	26.9%	286	19.2%	127	8.5%	67	4.5%

参考資料 10 長野県共通評価指標及び共通情報データ一覧

項目					自：東御市 圏：上小圏域 県：長野県										
					H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		
					実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
基本情報	①	人口構成	総数	自	30,259		30,078		29,929		29,677		29,557		
				圏	198,892		197,234		195,744		194,400		193,046		
				県	2,101,891		2,087,307		2,072,219		2,056,970		2,043,798		
			39歳以下	自	11,169	36.9	10,967	36.5	10,814	36.1	10,596	35.7	10,401	35.2	
				圏	73,696	37.1	72,060	36.5	70,558	36	69,355	35.7	68,261	35.4	
				県	764,509	36.4	749,825	35.9	734,118	35.4	719,806	35	709,886	34.7	
			40～64歳	自	9,923	32.8	9,836	32.7	9,746	32.6	9,653	32.5	9,678	32.7	
				圏	64,859	32.6	64,580	32.7	64,215	32.8	63,859	32.8	63,743	33	
				県	688,986	32.8	686,178	32.9	683,112	33	679,670	33	678,299	33.2	
			65～74歳	自	4,538	15	4,528	15.1	4,644	15.5	4,673	15.7	4,521	15.3	
				圏	28,422	14.3	28,077	14.2	28,422	14.5	28,617	14.7	27,575	14.3	
				県	300,293	14.3	296,721	14.2	299,888	14.5	301,032	14.6	289,050	14.1	
			75歳以上	自	4,629	15.3	4,747	15.8	4,725	15.8	4,755	16	4,957	16.8	
				圏	31,887	16	32,488	16.5	32,513	16.6	32,536	16.7	33,467	17.3	
				県	347,644	16.5	354,146	17	354,619	17.1	355,986	17.3	366,144	17.9	
	②	65歳以上（高齢化率）	自	9,167	30.3	9,275	30.8	9,369	31.3	9,428	31.8	9,478	32.1		
			圏	60,309	30.3	60,565	30.7	60,935	31.1	61,153	31.5	61,042	31.6		
	③	被保険者構成	総被保険者数	自	7,014		6,841		6,802		6,609		6,307		
				圏	42,915		41,423		41,067		40,053		38,296		
				県	459,992		445,046		438,548		426,859		407,690		
			39歳以下	自	1,504	21.4	1,463	21.4	1,416	20.8	1,353	20.5	1,289	20.4	
				圏	9,472	22.1	8,835	21.3	8,443	20.6	8,057	20.1	7,806	20.4	
				県	101,741	22.1	96,815	21.8	92,009	21.0	87,902	20.6	85,489	21.0	
			40～64歳	自	2,216	31.6	2,127	31.1	2,043	30.0	2,013	30.5	1,954	31.0	
				圏	13,188	30.7	12,741	30.8	12,469	30.4	12,184	30.4	11,827	30.9	
				県	144,090	31.3	138,757	31.2	135,630	30.9	131,688	30.9	128,003	31.4	
			65～74歳	自	3,294	47.0	3,251	47.5	3,343	49.1	3,243	49.1	3,064	48.6	
				圏	20,255	47.2	19,847	47.9	20,155	49.1	19,812	49.5	18,663	48.7	
				県	214,161	46.6	209,474	47.1	210,909	48.1	207,269	48.6	194,198	47.6	
			男性	総被保険者数	自	3,446		3,352		3,337		3,274		3,091	
					圏	21,116		20,335		20,217		19,686		18,814	
					県	225,722		218,507		215,590		209,118		200,200	
				39歳以下	自	759	22.0	728	21.7	707	21.2	686	21.0	642	20.8
					圏	4,938	23.4	4,596	22.6	4,398	21.8	4,197	21.3	4,059	21.6
					県	52,759	23.4	50,162	23.0	47,750	22.1	45,340	21.7	44,289	22.1
				40～64歳	自	1,094	31.7	1,052	31.4	1,012	30.3	1,019	31.1	987	31.9
					圏	6,611	31.3	6,354	31.2	6,234	30.8	6,097	31.0	5,940	31.6
					県	72,128	32.0	69,771	31.9	68,585	31.8	66,777	31.9	65,370	32.7
				65～74歳	自	1,593	46.2	1,572	46.9	1,618	48.5	1,569	47.9	1,462	47.3
					圏	9,567	45.3	9,385	46.2	9,585	47.4	9,392	47.7	8,815	46.9
					県	100,835	44.7	98,574	45.1	99,255	46.0	97,001	46.4	90,541	45.2
			女性	総被保険者数	自	3,568		3,489		3,465		3,335		3,216	
					圏	21,799		21,088		20,850		20,367		19,482	
					県	234,270		226,539		222,958		217,741		207,490	
				39歳以下	自	745	20.9	735	21.1	709	20.5	667	20.0	647	20.1
					圏	4,534	20.8	4,239	20.1	4,045	19.4	3,860	19.0	3,747	19.2
					県	48,982	20.9	46,653	20.6	44,259	19.9	42,562	19.5	41,200	19.6
				40～64歳	自	1,122	31.4	1,075	30.8	1,031	29.8	994	29.8	967	30.1
					圏	6,577	30.2	6,387	30.3	6,235	29.9	6,087	29.9	5,887	30.2
					県	71,962	30.7	68,986	30.5	67,045	30.1	64,911	29.8	62,633	30.2
			65～74歳	自	1,701	47.7	1,679	48.1	1,725	49.8	1,674	50.2	1,602	49.8	
				圏	10,688	49.0	10,462	49.6	10,570	50.7	10,420	51.2	9,848	50.5	
				県	113,326	48.4	110,900	49.0	111,654	50.1	110,268	50.6	103,657	50.0	
④	平均余命	男性	自	81.2		82.7		82.6		83.3		82.8			
			圏	81.6		81.9		82.2		81.6		81.6			
			県	82.0		82.1		82.5		82.5		82.5			
		女性	自	86.8		87.8		87.9		88.8		88.9			
			圏	88.0		87.1		88.3		87.6		87.7			
			県	87.8		87.8		88.0		87.9		88.3			
⑤	平均自立期間 （要介護2以上）	男性	自	79.8		81.1		81.1		81.8		81.2			
			圏	80.0		80.3		80.7		80.1		80.1			
			県	80.6		80.7		81.0		81.1		81.1			
		女性	自	83.8		84.5		84.6		85.2		85.5			
			圏	84.4		83.8		84.9		84.5		84.5			
			県	84.6		84.7		84.9		84.9		85.2			
⑥	死亡の状況	死因	心疾患	自	64	19.0	64	18.7	72	19.7	58	15.1	65	18.4	
				圏	382	15.9	414	16.4	408	16.7	383	15.5	407	15.2	
				県	3,968	15.6	3,886	14.9	3,679	14.5	3,725	14.3	4,242	14.9	
			脳血管疾患	自	25	7.4	23	6.7	28	7.7	30	7.8	32	9.0	
				圏	225	9.4	210	8.3	208	8.5	199	8.1	226	8.5	
				県	2,405	9.5	2,457	9.4	2,307	9.1	2,300	8.8	2,365	8.3	
		腎不全	自	3	0.9	8	2.3	4	1.1	2	0.5	3	0.8		
			圏	42	1.7	42	1.7	46	1.9	52	2.1	52	1.9		
			県	402	1.6	390	1.5	375	1.5	426	1.6	475	1.7		
		⑦	標準化死亡比 （SMR） 圏：上田保健所	男性	自	91.5		91.5		91.5		91.5		91.5	
					圏	91.4		91.4		91.4		91.4		91.4	
					県	90.5	H25- H29	90.5	H25- H29	90.5	H25- H29	90.5	H25- H29	90.5	H25- H29
女性	自			97.2		97.2		97.2		97.2		97.2			
	圏			99.0		99.0		99.0		99.0		99.0			
	県			93.8		93.8		93.8		93.8		93.8			

項目				自：東御市 圏：上小園域 県：長野県																							
				H30年度				R01年度				R02年度				R03年度				R04年度							
				実数		割合		実数		割合		実数		割合		実数		割合		実数		割合					
				40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代				
特定健診・特定保健指導	⑨	各種検査項目の有所見率	空腹時血糖	総数		自	554	23.8	522	24.2	485	24.2	502	24.5	459	23.1											
				圏	2,432	19.6	2,462	20.5	1,981	20.3	2,355	21.0	2,278	20.2													
				県	37,802	24.5	37,688	25.4	33,240	25.4	35,779	25.9	33,908	25.1													
			男性	総数		自	317	31.0	315	33.6	288	32.2	278	30.1	270	30.3											
				圏	1,432	26.5	1,453	27.9	1,188	27.8	1,364	27.6	1,343	26.9													
				県	21,379	31.4	21,279	32.3	18,553	32.0	19,946	32.5	19,163	31.8													
				年代別割合		自	7.4	20.0	33.1	35.0	10.8	20.3	35.1	38.5	16.7	21.3	31.4	36.7	7.1	21.1	31.9	33.6	11.9	21.2	30.7	34.5	
				圏	7.8	16.6	28.6	29.6	10.1	17.7	29.4	31.9	12.9	15.8	28.1	31.6	14.1	18.4	28.2	31.5	12.7	19.3	27.5	30.0	34.9		
				県	16.3	25.2	34.2	33.2	17.5	25.6	35.1	34.5	17.3	24.5	34.4	34.2	18.0	25.7	34.8	35.2	17.9	25.1	33.5	34.3			
			女性	総数		自	237	18.1	207	17.0	197	17.8	224	19.9	189	17.3											
				圏	1,000	14.2	1,009	14.8	793	14.5	991	15.8	935	14.9													
				県	16,423	19.1	16,409	19.9	14,687	20.2	15,833	20.7	14,745	19.7													
				年代別割合		自	6.4	11.0	18.3	21.2	2.9	9.2	19.6	17.7	4.0	9.1	18.0	20.7	7.8	11.0	21.4	21.0	7.1	5.1	4.2	17.6	21.0
				圏	3.6	7.9	15.5	15.8	2.7	8.9	16.4	16.0	4.3	9.5	15.1	16.1	4.4	9.0	16.0	18.5	4.9	6.6	15.5	17.4			
				県	7.0	12.5	20.5	21.2	7.0	12.8	21.0	22.3	7.3	12.9	21.4	22.4	8.7	13.0	21.6	23.3	7.3	12.3	20.8	22.3			
収縮期血圧	総数		自	927	39.8	925	42.9	910	45.5	906	44.2	918	46.2														
	圏	5,717	46.0	5,441	45.2	4,787	49.1	5,407	48.2	5,359	47.5																
	県	64,697	42.0	62,256	41.9	60,044	45.9	61,858	44.8	59,258	43.8																
	総数		自	440	43.1	426	45.4	419	46.8	445	48.2	431	48.3														
	圏	2,669	49.4	2,528	48.6	2,224	52.0	2,518	51.0	2,474	49.6																
	県	30,585	44.9	29,477	44.8	28,235	48.6	28,865	47.1	27,423	45.4																
男性	総数		自	440	43.1	426	45.4	419	46.8	445	48.2	431	48.3														
	圏	2,669	49.4	2,528	48.6	2,224	52.0	2,518	51.0	2,474	49.6																
	県	30,585	44.9	29,477	44.8	28,235	48.6	28,865	47.1	27,423	45.4																
	年代別割合		自	22.1	41.2	47.6	42.0	33.8	39.2	45.6	48.4	35.7	37.8	48.3	52.0	25.4	38.8	48.6	53.5								
	圏	28.7	38.6	50.1	54.4	27.3	41.7	48.9	53.5	29.7	39.7	53.2	56.2	31.2	41.9	52.7	55.0	28.1	42.0	52.1	52.8						
	県	22.7	34.2	46.5	50.6	22.9	34.2	46.1	50.6	26.0	37.3	49.7	54.2	24.8	36.3	48.1	53.0	22.5	34.9	46.7	51.5						
女性	総数		自	487	37.1	499	41.0	491	44.4	461	41.0	487	44.6														
	圏	3,048	43.4	2,913	42.6	2,563	46.9	2,889	46.0	2,885	45.9																
	県	34,112	39.7	32,779	39.7	31,809	43.7	32,993	43.0	31,835	42.5																
	年代別割合		自	11.5	27.5	37.4	43.1	8.6	25.5	41.3	42.9	50.8	58.8	21.6	38.3	42.9	50.8	58.8	21.6	38.3	42.9	50.8					
	圏	14.2	27.5	43.5	51.1	12.9	27.2	42.2	50.5	18.6	30.8	44.7	55.3	16.6	31.1	45.7	53.5	14.8	29.1	44.3	55.1						
	県	11.8	23.8	39.7	48.4	11.3	23.9	39.0	48.4	13.0	25.8	42.6	52.5	13.2	26.5	42.0	51.8	14.0	24.8	41.0	51.9						
拡張期血圧	総数		自	434	18.6	431	20.0	456	22.8	466	22.8	460	23.2														
	圏	2,482	20.0	2,441	20.3	2,229	22.9	2,663	23.7	2,708	24.0																
	県	30,845	20.0	30,073	20.3	28,885	22.1	30,841	22.4	29,971	22.2																
	総数		自	241	23.6	232	24.7	246	27.5	264	28.6	248	27.8														
	圏	1,330	24.6	1,330	25.6	1,176	27.5	1,424	28.8	1,438	28.8																
	県	17,172	25.2	16,704	25.4	15,740	27.1	16,752	27.3	16,275	27.0																
男性	総数		自	241	23.6	232	24.7	246	27.5	264	28.6	248	27.8														
	圏	1,330	24.6	1,330	25.6	1,176	27.5	1,424	28.8	1,438	28.8																
	県	17,172	25.2	16,704	25.4	15,740	27.1	16,752	27.3	16,275	27.0																
	年代別割合		自	25.0	36.5	35.9	18.2	24.6	32.9	27.3	20.3	25.0	30.0	31.4	23.9	33.9											
	圏	19.4	34.0	26.7	21.6	23.2	32.7	27.9	22.4	25.5	32.4	30.5	24.6	28.4	39.9	33.9	22.8	26.5	35.8	33.8	23.5						
	県	20.6	30.3	28.3	21.7	20.7	30.7	28.6	22.2	23.3	31.9	30.6	24.1	22.6	32.8	31.0	24.2	21.6	32.0	30.8	23.8						
女性	総数		自	193	14.7	199	16.4	210	19.0	202	18.0	212	19.4														
	圏	1,152	16.4	1,111	16.3	1,053	19.3	1,239	19.7	1,270	20.2																
	県	13,673	15.9	13,369	16.2	13,145	18.1	14,089	18.4	13,696	18.3																
	年代別割合		自	7.7	12.8	14.9	16.1	11.4	13.3	17.6	15.6	12.0	23.9	18.9	19.0	14.1	18.7	21.2	15.2	6.8	12.6	20.5	21.3				
	圏	10.7	15.9	16.9	16.7	11.9	15.8	16.6	16.6	15.9	19.1	19.2	19.8	12.7	21.7	21.4	18.9	12.1	20.2	20.7	21.0						
	県	8.9	16.0	17.2	15.5	8.8	16.4	17.5	15.9	10.4	17.4	19.7	17.8	10.6	17.6	20.3	18.0	11.1	17.5	19.9	18.2						
HDL コレステロール	総数		自	94	4.0	98	4.5	82	4.1	111	5.4	74	3.7														
	圏	503	4.0	451	3.7	330	3.4	467	4.2	410	3.6																
	県	7,318	4.7	6,803	4.6	5,919	4.5	6,306	4.6	5,903	4.4																
	総数		自	74	7.2	75	8.0	58	6.5	88	9.5	60	6.7														
	圏	410	7.6	354	6.8	261	6.1	377	7.6	330	6.6																
	県	5,780	8.5	5,357	8.1	4,683	8.1	5,066	8.3	4,695	7.8																
男性	総数		自	74	7.2	75	8.0	58	6.5	88	9.5	60	6.7														
	圏	410	7.6	354	6.8	261	6.1	377	7.6	330	6.6																
	県	5,780	8.5	5,357	8.1	4,683	8.1	5,066	8.3	4,695	7.8																
	年代別割合		自	8.8	7.1	7.2	7.0	12.3	12.7	6.3	8.1	4.2	10.0	5.9	6.5	10.7	14.4	9.5	8.4	6.8	15.3	4.6	6.8				
	圏	11.3	7.9	6.8	7.7	10.1	8.5	6.4	6.3	7.2	8.3	5.8	5.8	11.0	9.5	7.2	7.0	8.8	7.9	5.9	6.8						
	県	10.5	9.1	7.8	8.7	10.3	9.0	7.6	8.0	9.8	8.8	7.6	8.0	10.1	9.3	7.8	8.0	9.4	8.5	7.4	7.6						
女性	総数		自	20	1.5	23	1.9	24	2.2	23	2.0	14	1.3														
	圏	93	1.3	97	1.4	69	1.3	90	1.4	80	1.3																
	県	1,538	1.8	1,446	1.7	1,236	1.7	1,240	1.6	1,208	1.6																
	年代別割合		自	2.6	0.0	1.9	1.2	2.9	0.0	2.7	1.2	6.0	1.1	2.6	1.5	4.7	1.1	2.5	1.4	3.4	0.0	2.0	0.8				
	圏	1.8	0.5	1.2	1.6	2.0	0.8	1.5	1.4	2.7	0.9	1.4	2.7	0.7	1.2	1.6	2.0	0.5	1.2	1.4							
	県	2.0	1.5	1.6	2.1	2.1	1.4	1.6	2.0	2.0	1.4	1.5	1.9	1.6	1.4	1.3	1.9	1.7	1.6	1.4	1.8						
LDL コレステロール	総数		自	1,248	53.5	1,224	56.8	1,155	57.7	1,130	55.2	1,063	53.6														
	圏	6,809	54.8	6,609	54.9	5,444	55.9	6,299	56.2	5,978	53.0																
	県	81,284	52.8	80,082	53.9	69,031	52.8	72,888	52.8	67,725	50.1																
	総数		自	514	50.3	488	52.0	487	54.4	467	50.6	435	48.8														
	圏	2,664	49.3	2,575	49.5	2,170	50.8	2,549	51.6	2,428	48.6																
	県	32,467	47.7	32,260	49.0	27,735	47.8	29,622	48.3	27,246	45.5																
男性	総数		自	514	50.3	488	52.0	487	54.4	467	50.6	435	48.8														
	圏	2,664	49.3	2,575	49																						

項目				自：東御市 圏：上小圏域 県：長野県																									
				①～⑦：共通情報 ⑧～⑪：共通評価指標																									
				H30年度				R01年度				R02年度				R03年度				R04年度									
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合										
⑩	喫煙の状況	総数	自	260	11.1	222	10.3	213	10.6	216	10.5	217	10.9																
			圏	1,372	11.0	1,288	10.7	960	9.9	1,199	10.7	1,277	11.3																
			県	18,504	12.0	17,539	11.8	14,465	11.1	15,686	11.4	15,594	11.5																
		男性	総数	総数割合		自	204	20.0	174	18.6	164	18.3	172	18.6	170	19.1													
				圏	1,102	20.4	1,014	19.5	773	18.1	945	19.1	998	20.0															
				県	14,904	21.9	14,172	21.5	11,711	20.2	12,620	20.6	12,450	20.6															
		女性	総数	総数割合		自	56	4.3	48	3.9	49	4.4	44	3.9	47	4.3													
				圏	270	3.8	274	4.0	187	3.4	254	4.0	279	4.4															
				県	3,600	4.2	3,367	4.1	2,754	3.8	3,066	4.0	3,144	4.2															
		年代別割合	自	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代										
22.1	28.2			23.0	14.6	26.2	29.1	19.3	14.3	29.2	23.8	20.7	14.0	26.8	30.0	19.5	14.5	30.5	25.9	18.4	16.5								
⑪	毎日常飲酒	総数	自	489	21.0	439	20.4	439	22.0	454	22.2	420	21.2																
			圏	2,795	23.3	2,568	22.2	2,156	22.8	2,552	23.2	2,527	22.9																
			県	34,052	23.9	32,791	23.9	29,012	24.0	30,846	24.0	30,416	24.1																
		男性	総数	総数割合		自	386	37.9	352	37.6	346	38.7	356	38.7	342	38.4													
				圏	2,204	42.6	2,013	40.7	1,696	41.2	1,964	40.6	1,960	40.2															
				県	26,804	42.8	25,532	42.3	22,500	42.4	23,742	41.9	23,116	41.2															
		女性	総数	総数割合		自	103	7.9	87	7.2	93	8.4	98	8.7	78	7.1													
				圏	591	8.7	555	8.4	460	8.6	588	9.5	567	9.2															
				県	7,248	9.0	7,259	9.4	6,512	9.6	7,104	9.9	7,300	10.4															
		⑫	3合以上飲酒	総数	自	22	2.3	18	2.1	13	1.6	17	2.1	22	2.8														
圏	126				1.7	98	1.4	92	1.6	94	1.5	145	2.2																
県	2,239				2.9	2,200	2.9	1,560	2.4	1,946	2.8	2,041	3.0																
男性	総数			総数割合		自	17	2.8	17	3.2	13	2.5	15	2.9	18	3.6													
				圏	110	2.8	85	2.3	80	2.6	84	2.4	127	3.6															
				県	1,952	4.3	1,907	4.4	1,365	3.6	1,675	4.2	1,737	4.4															
女性	総数			総数割合		自	5	1.4	1	0.3	0	0.0	2	0.7	4	1.4													
				圏	16	0.5	13	0.4	12	0.5	10	0.4	18	0.6															
				県	287	0.9	293	0.9	195	0.7	271	0.9	304	1.1															
⑬	特定保健指導 実施率			総数	自	173	53.1	164	60.3	135	60.3	133	59.1	130	62.8														
		圏	1,044		68.5	1,040	73.2	818	73.6	974	70.9	961	70.0																
		県	9,572		58.0	9,333	60.2	8,299	60.8	8,701	59.2	8,278	61.0																
		男性	総数	総数割合		自	97	47.5	100	56.8	81	52.9	79	54.1	83	60.1													
				圏	674	65.9	665	70.5	512	68.5	639	68.3	632	68.0															
				県	6,289	55.7	6,128	58.0	5,364	58.0	5,671	56.9	5,441	58.6															
		女性	総数	総数割合		自	76	62.3	64	66.7	54	76.1	54	68.4	47	68.1													
				圏	370	74.0	375	78.5	306	83.8	335	76.7	329	74.4															
				県	3,283	63.1	3,205	65.1	2,935	66.8	3,030	64.2	2,837	66.1															
		⑭	特定保健指導 対象者の減少率	総数	自	52 / 287	18.1	53 / 298	17.8	34 / 249	13.7	25 / 205	12.2	38 / 203	18.7														
圏	268 / 1457				18.4	262 / 1385	18.9	180 / 1324	13.6	170 / 1020	16.7	215 / 1239	17.4																
県	2845 / 15316				18.6	2901 / 15063	19.3	2167 / 14455	15.0	2384 / 12479	19.1	2582 / 13106	19.7																
男性	総数			総数割合		自	25 / 181	13.8	31 / 187	16.6	22 / 164	13.4	13 / 140	9.3	18 / 129	14.0													
				圏	149 / 955	15.6	175 / 935	18.7	118 / 873	13.5	101 / 681	14.8	122 / 845	14.4															
				県	1821 / 10457	17.4	1897 / 10323	18.4	1385 / 9851	14.1	1473 / 8444	17.4	1614 / 8915	18.1															
女性	総数			総数割合		自	27 / 106	25.5	22 / 111	19.8	12 / 85	14.1	12 / 65	18.5	20 / 74	27.0													
				圏	119 / 502	23.7	87 / 450	19.3	62 / 451	13.7	69 / 339	20.4	93 / 394	23.6															
				県	1024 / 4859	21.1	1004 / 4740	21.2	782 / 4604	17.0	911 / 4035	22.6	968 / 4191	23.1															

項目					自：東御市 圏：上小圏域 県：長野県									
					H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
					実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
医療費分析	⑭ 高額レセプト (80万円以上) の状況	総数 (80万円以上)	件数	自	358		334		333		451		325	
				圏	2,516		2,348		2,525		2,856		2,693	
				県	24,181		24,591		25,200		26,285		25,721	
		医療費	自	469,581,350		474,271,130		432,145,940		606,131,040		436,856,810		
			圏	3,296,050,030		3,022,584,020		3,318,349,510		3,827,836,280		3,606,622,890		
			県	33,954,886,410		34,564,456,280		35,604,208,850		37,631,701,530		37,243,674,620		
		脳血管疾患主病	件数	自	16		27		30		30		28	
				圏	186		130		194		221		174	
				県	2,086		1,834		2,081		2,057		1,873	
		医療費	自	17,337,080	3.7	39,903,460	8.4	36,420,880	8.4	37,895,460	6.3	39,923,550	9.1	
			圏	250,967,670	7.6	164,362,000	5.4	257,110,300	7.7	292,399,340	7.6	233,187,660	6.5	
			県	2,858,398,130	8.4	2,499,410,590	7.2	2,870,803,480	8.1	2,803,895,410	7.5	2,594,901,810	7.0	
	虚血性心疾患主病	件数	自	7		11		13		14		6		
			圏	81		71		76		63		56		
			県	927		873		858		879		679		
		医療費	自	8,588,150	1.8	14,594,520	3.1	18,132,860	4.2	22,353,440	3.7	9,111,150	2.1	
			圏	112,237,530	3.4	102,078,230	3.4	114,242,820	3.4	94,036,680	2.5	86,901,590	2.4	
			県	1,452,581,430	4.3	1,382,356,090	4.0	1,310,254,350	3.7	1,408,264,760	3.7	1,087,558,190	2.9	
⑮ 人工透析者の 医療費	人工透析レセプト件数		自	322		351		339		338		281		
			圏	1,971		1,998		2,051		2,161		2,216		
			県	19,481		19,622		19,584		20,126		19,932		
	人工透析医療費 (総医療費に占める割合)		自	138,565,110	6.1	151,226,960	6.7	139,096,030	6.5	145,823,670	6.1	114,085,990	5.4	
			圏	847,558,690	5.9	833,640,680	6.0	896,099,850	6.5	935,861,860	6.4	972,605,110	6.8	
			県	8,983,777,250	6.1	9,127,070,260	6.3	9,134,925,170	6.5	9,312,272,630	6.4	8,983,026,350	6.3	
介護	⑯ 要介護（要支援） 認定率	1号認定認定率		自	16.8		17.4		17.9		18.6		18.0	
				圏	19.1		19.4		19.5		19.8		19.3	
				県	18.0		18.2		18.2		18.2		17.7	
		2号認定認定率		自	0.2		0.2		0.2		0.2		0.2	
				圏	0.3		0.3		0.3		0.3		0.3	
				県	0.3		0.3		0.3		0.3		0.3	
	⑰ 介護給付費	給付費総額		自	2,497,534,879		2,495,581,021		2,591,582,554		2,678,826,127		2,680,181,564	
				圏	17,455,849,198		17,691,221,537		17,972,393,406		18,164,768,950		18,007,247,640	
				県	179,048,179,364		182,286,417,449		185,738,106,292		187,274,951,627		186,555,887,417	
		一件当たり給付費		自	68,666		68,428		67,752		67,968		65,681	
				圏	65,760		66,419		67,423		66,492		65,123	
				県	62,215		62,530		63,476		63,158		62,434	

東御市国民健康保険
第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）
（第4期特定健康診査等実施計画）

発行・編集 東御市健康福祉部健康推進課（令和6年2月刊行）

〒389-0502 東御市鞍掛 197

TEL：0268-64-8883 FAX：0268-64-8880

E-mail：kenko-suishin@city.tomi.nagano.jp

URL：https://www.city.tomi.nagano.jp

共同文責 東御市市民生活部市民課

〒389-0502 東御市県 281-2

TEL：0268-75-8810 FAX：0268-63-6908

E-mail：shimin@city.tomi.nagano.jp